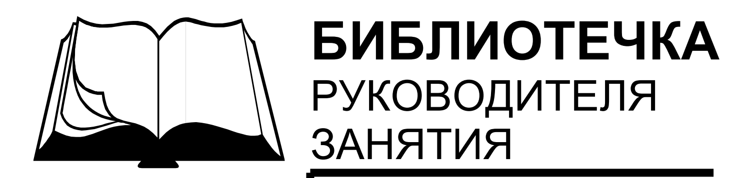


ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ ПОДГОТОВКА



ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ ПОДГОТОВКА

СБОРНИК

МАТЕРИАЛОВ И НОРМАТИВОВ
ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЯМ И ТРЕНИРОВКАМ

НОВОСИБИРСК
УЧЕБНЫЙ ДИВИЗИОН ВОЙСКОВОЙ ЧАСТИ 34148
2003

Методическое пособие рассмотрено и утверждено на заседании учебно-методического совета учебного дивизиона войсковой части 34148 в феврале 2003 года (протокол заседания УМС № ____) и рекомендовано для офицеров и сержантов учебного дивизиона при подготовке к занятиям и тренировкам.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

6. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ.

9. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СДАВЛИВАНИИ КОНЕЧНОСТЕЙ.

8. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ И ОТМОРОЖЕНИЯХ.

9. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ.

10. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОТРАВЛЯЮЩИМИ И ОПАСНЫМИ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ.

11. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ОЧАГЕ РАДИАЦИОННОГО ЗАРАЖЕНИЯ.

12. ОСНОВЫ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ.

1. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ЗАДАЧИ И ОБЪЕМ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

1.1. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

1. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ;
2. ДОВРАЧЕБНАЯ;
3. ПЕРВАЯ ВРАЧЕБНАЯ;
4. КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ;
5. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ.

1.2. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

1. Немедленное прекращение воздействия внешних повреждающих факторов (*электрический ток, высокая или низкая температура, сдавливание тяжестями*), удаление пострадавшего из неблагоприятных условий.
2. Оказание первой медицинской помощи пострадавшему в зависимости от характера и вида травмы, несчастного случая или внезапного заболевания (*остановка кровотечения, наложение повязки на рану, искусственное дыхание, массаж сердца и др.*).
3. Организация скорейшей доставки пострадавшего в лечебное учреждение.

1.3. ПОНЯТИЕ О МНИМОЙ И ДЕЙСТВИТЕЛЬНОЙ СМЕРТИ. ПРИЗНАКИ СМЕРТИ.

Смерть состоит из двух фаз - КЛИНИЧЕСКОЙ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ.
КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ наступает сразу после остановки дыхания и кровообращения. Это своеобразное переходное состояние от жизни к смерти. Во время клинической смерти, длящейся 5-7 минут, человек уже не дышит, сердце перестает биться, однако необратимые явления в тканях еще отсутствуют. В этот период организм еще можно оживить.
БИОЛОГИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ. По истечении 8-10 минут наступает биологическая смерть; в этой фазе спасти пострадавшему жизнь уже невозможно, так как наступают необратимые явления, прежде всего в центральной нервной системе, и наступает истинная, или биологическая смерть.
При установлении жив ли пострадавший или уже мертв, исходят из так называемых сомнительных и явных трупных признаков.

1.4. СОМНИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ СМЕРТИ.

Пострадавший не дышит, биения сердца не определяется, отсутствует реакция на укол иглой, реакция зрачков на сильный свет отрицательная.

ВНИМАНИЕ! ДО ТЕХ ПОР, ПОКА НЕТ ПОЛНОЙ УВЕРЕННОСТИ В СМЕРТИ ПОСТРАДАВШЕГО, МЫ ОБЯЗАНЫ ОКАЗЫВАТЬ ЕМУ ПОМОЩЬ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ.

1.5. ЯВНЫЕ ТРУПНЫЕ ПРИЗНАКИ.

Одним из первых глазных признаков является помутнение роговицы и ее высыхание. При сдавливании глаза с боков пальцами зрачок суживается и напоминает кошачий глаз. Трупное окоченение начинается через 2-4 часа после смерти. Охлаждение тела происходит постепенно; появляются трупные синеватые пятна.

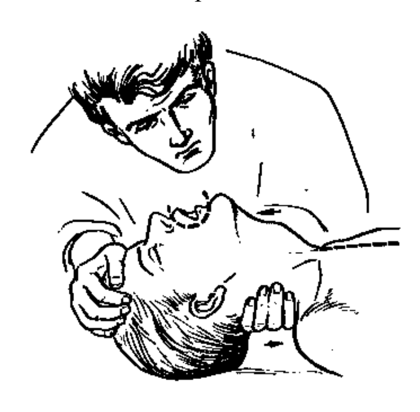
1.6. ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ.

В терминальном состоянии выделяют 3 фазы, или стадии: ПРЕДАГОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, АГОНИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ.
ПРЕДАГОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ. Больной заторможен, у него отмечается выраженная одышке, кожные покровы бледные артериальное давление низкое (60-70 мм рт. ст.) или не отмечается совсем, слабый частый пульс.
АГОНИЯ. Глубокая стадия умирания, которая характеризуется отсутствием сознания, пульс исчезает, или очень слабый, артериальное давление не определяется, дыхание судорожное.
КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ. (см. п.1.3).
Остановка сердца может быть внезапной или постепенной на фоне длительного хронического заболевания. В последнем случае остановке сердца предшествует предагония и агония. Причинами внезапной остановки сердца могут: ИНФАРКТА МИОКАРДА, МАССИВНАЯ КРОВОПОТЕРЯ, ЗАКУПОРКА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ЭЛЕКТРОТРАВМА, УТОПЛЕНИЕ, ЗАВАЛИВАНИЯ ЗЕМЛЕЙ, РАНЕНИЕ СЕРДЦА И Т. Д.

1.7. РЕАНИМАЦИЯ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ.

ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ является единственным методом лечения состояний, при которых самостоятельное дыхание больного не может обеспечить достаточное насыщение крови кислородом.
Для проведения искусственного дыхания необходимо уложить больного на спину, расстегнуть стесняющую грудную клетку одежду и обеспечить свободную проходимость дыхательных путей. ЕСЛИ В ПОЛОСТИ РТА ИЛИ ГЛОТКЕ ИМЕЕТСЯ СОДЕРЖИМОЕ, ЕГО НУЖНО БЫСТРО УДАЛИТЬ ПАЛЬЦЕМ, САЛФЕТКОЙ, ПЛАТКОМ ИЛИ ПРИ ПОМОЩИ ЛЮБОГО ОТСОСА, для этого голову больного поворачивают набок. Завершив процедуру освобождения полости рта от инородных предметов, голову пострадавшего поворачивают прямо. Кроме того, состояние клиниче-

ской смерти сопровождается мышечной реакцией: в результате расслабления мышц нижней челюсти, которая западает, тянет корень языка, а он закрывает вход в трохею. Устранение западания языка осуществляется запрокидыванием головы пострадавшего. При этом одна рука размещается под шею, другая располагается на лбу и фиксирует голову в запрокинутом положении. При отгибании головы назад нижняя челюсть оттесняется вверх с корнем языка, что восстанавливает проходимость дыхательных путей.



Искусственное дыхание осуществляется следующими методами: « изо рта в рот», «изо рта в нос», через воздуховод. МЕТОД «ИЗО РТА В НОС» ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ИЛИ КОГДА ЧЕЛЮСТИ ПЛОТНО СТИСНУТЫ.

При проведении дыхания «РОТ В РОТ» голову пострадавшего удерживают в запрокинутом положении. Проводящий реанимацию, сделав глубокий вдох и плотно прижав свой рот ко рту больного, вдувает в его легкие свой выдыхаемый воздух. При этом рукой, находящейся у лба пострадавшего, необходимо зажать нос. Выдох осуществляется пассивно, за счет эластических сил грудной клетки. ЧИСЛО ДЫХАНИЙ В МИНУТУ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ 16-20.

В обеих случаях искусственное дыхание необходимо осуществлять через марлю или носовой платок, чтобы предупредить инфицирование дыхательных путей лица, проводящего реанимацию. С этой же целью проводят искусственное дыхание через специальную трубку (воздуховод).

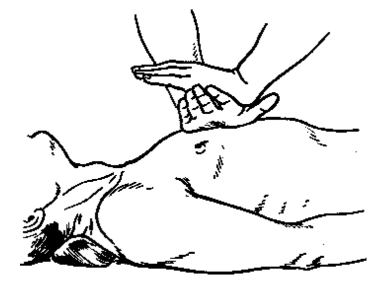
1.8. НОРМАТИВ № 14 – ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ «РОТ В РОТ» ИЛИ «РОТ В НОС»

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: «раненый» лежит на спине. По команде: «К ИСКУССТВЕННОМУ ДЫХАНИЮ ПРИСТУПИТЬ!» обучаемый начинает выполнять искусственное дыхание.

Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
Искусственное дыхание «РОТ В РОТ» ИЛИ «РОТ В НОС»	Выполнить Искусственное Дыхание методом «рот в рот» или «рот в нос»	1. Под плечи «раненного» положить скатку плащ-палатки или шинели. Расстегнуть ему гимнастерку и ремень. 2. Вычистить изо рта «пострадавшего» слизь. 3. Обучаемый через салфетку (носовой платок) плотно прижимает свой рот ко рту «пострадавшего» и выдыхает в него воздух в ритме 16-20 дыхательных движений в минуту.	солдаты	Без ошибок	Одна ошибка	Две ошибки
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. Не расстегнут воротник, не сняты поясной, брючной ремни и снаряжение; 2. Ритм дыхания чаще или реже 16-20 дыхательных движений в минуту; 3. Не полностью закрыт рот при дыхании методом «рот в нос» или нос при методе «рот в рот» «пострадавшего»; 4. Искусственное дыхание начато позже 30 секунд после команды.				
	До «неудовлетворительно»	1. Не зажат рот или нос»пострадавшего»; 2. Не запрокинута голова «пострадавшего».				

1.9 НАРУЖНЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА.

Сжатие сердца позволяет искусственно создать сердечный выброс и поддерживать циркуляцию крови в организме. При этом восстанавливается кровообращение жизненно важных органов: мозга, сердца, печени, легких, почек. На догоспитальном этапе проводится закрытый массаж, при котором сердце сжимается между грудиной и позвоночником. При проведении наружного массажа сердца больного укладывают на спину на твердое основание (пол, земля).



ЛАДОННЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ РУК, НАЛОЖЕННЫМИ ОДНА НА ДРУГУЮ, НАДАВЛИВАЮТ НА ГРУДИНУ С ТАКОЙ СИЛОЙ (8-9 КГ), ЧТОБЫ ПРОГНУТЬ ЕЕ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К ПОЗВОНОЧНИКУ НА 4-5 СМ. ЧАСТОТА СЖАТИЙ 60-70 В МИНУТУ. РУКИ ДОЛЖНЫ ЛЕЖАТЬ НА НИЖНЕЙ ТРЕТИ ГРУДИНЫ, Т. Е. НА 2 ПАЛЬЦА ВЫШЕ МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА.

1.10. НОРМАТИВ № 15 – ПРОВЕДЕНИЕ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА.

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: «пострадавший» лежит на спине на ровном плоском основании. Обучаемый стоит над «пострадавшим». По команде: «К ПРОВЕДЕНИЮ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ПРИСТУПИТЬ!» обучаемый начинает работать.

Название норматива	Содержание Норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА	Проведение непрямого массажа сердца	1. Расстегнуть обмундирование «пострадавшего» и снять снаряжение. 2. Обучаемый становится слева от «пострадавшего» и по команде начинает массаж 3. Ритм массажных движений 60-70 в минуту.	солдаты	Без ошибок	Одна ошибка	Две ошибки
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. «Пострадавший» не освобожден от стесняющей одежды. 2. Ритм массажных движений больше 80 или меньше 60 движений в минуту.				
	До «неудовлетворительно»	1. Неправильное положение рук обучаемого. 2. Неправильное (не перпендикулярное) направление усилий.				

1.11. СИМПТОМЫ, УКАЗЫВАЮЩИЕ НА ВОЗМОЖНУЮ ОСТАНОВКУ СЕРДЦА.

ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА, В ТОМ ЧИСЛЕ НА СОННЫХ И БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЯХ.
РАСШИРЕНИЕ ЗРАЧКА С ОТСУТСТВИЕМ ЕГО РЕАКЦИИ НА СВЕТ.
ОСТАНОВКА ДЫХАНИЯ.
ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ.
БЛЕДНОСТЬ ИЛИ СИНЮШНОСТЬ КОЖИ ПОКРОВОВ.
ОТСУТСТВИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
ОТСУТСТВИЕ СЕРДЕЧНЫХ ТОНОВ.
ОСТАНОВКА ДЫХАНИЯ;
СУДОРОГИ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПОЯВЛЯТЬСЯ В МОМЕНТ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ И БЫТЬ ПЕРВЫМ ЗАМЕТНЫМ ОКРУЖАЮЩИМ СИМПТОМОМ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА.



ПРИ ЛЮБОМ ИЗ ЭТИХ СИМПТОМАХ НЕОБХОДИМО НЕМЕДЛЕННО ПРИСТУПИТЬ К РЕАНИМАЦИИ - МАССАЖУ СЕРДЦА И ИСКУССТВЕННОМУ ДЫХАНИЮ с целью восстановления и поддержания сердечной деятельности, дыхания и обмена веществ больного (пострадавшего, раненного). РЕАНИМАЦИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА В СЛУЧАЕ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА и почти наверняка бесполезна на фоне тяжелого, неизлечимого заболевания, когда полностью истощены жизненные возможности организма. МАССАЖ СЕРДЦА ВСЕГДА ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬСЯ ОДНОВРЕМЕННО С ИСКУССТВЕННЫМ ДЫХАНИЕМ, в результате которого циркулирующая кровь снабжается кислородом. В противном случае реанимация бессмысленна.

ВНИМАНИЕ! ЕСЛИ РЕАНИМАЦИЮ ПРОВОДИТ ОДИН ЧЕЛОВЕК, ТО ЧЕРЕЗ КАЖДЫЕ 15 СДАВЛИВАНИЙ ГРУДИНЫ С ИНТЕРВАЛОМ В 1 С. ОН ДОЛЖЕН, ПРЕКРАТИВ МАССАЖ, ПРОИЗВЕСТИ 2 СИЛЬНЫХ ВДОХА ПО МЕТОДУ РОТ В РОТ. ПРИ УЧАСТИИ В РЕАНИМАЦИИ ДВУХ ЧЕЛОВЕК СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ ОДНО РАЗДУВАНИЕ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ КАЖДЫХ 5 СДАВЛИВАНИЙ ГРУДИНЫ

1.12. ОЦЕНОЧНЫЕ ПРИЗНАКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИИ.

Об эффективности реанимации судят по сужению зрачка, появлению его реакции на свет. Поэтому при проведении искусственного дыхания и непрямого массажа сердца необходима следить за состоянием зрачка. ЧЕРЕЗ КАЖДЫЕ 2-3 МИНУТЫ НЕОБХОДИМО ПРЕКРАЩАТЬ МАССАЖ СЕРДЦА, ЧТОБЫ ОПРЕДЕЛИТЬ ПОЯВЛЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ СОКРАЩЕНИЙ СЕРДЦА ПО ПУЛЬСУ СОННОЙ АРТЕРИИ. При появлении пульса следует прекратить массаж сердца и продолжить искусственное дыхание до того момента, пока самостоятельное дыхание пострадавшего не станет постоянным и ровным.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАНИМАЦИИ ОЦЕНИВАЮТ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПРИЗНАКАМ:

ПОЯВЛЕНИЕ ПУЛЬСА НА СОННЫХ, БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЯХ.
СУЖЕНИЕ ЗРАЧКОВ И ПОЯВЛЕНИЕ РЕАКЦИИ ИХ НА СВЕТ.
ИСЧЕЗНОВЕНИЕ СИНЮШНОЙ ОКРАСКИ И «МЕРТВЕННОЙ» БЛЕДНОСТИ.
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ.

2. СРЕДСТВА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

От попадания радиоактивных веществ в органы дыхания и пищеварения при нахождении на зараженной местности надежно защищает ПРОТИВОГАЗ, при его отсутствии надо использовать РЕСПИРАТОР, ПРОТИВОПЫЛЕВУЮ ТКАНЕВУЮ МАСКУ ИЛИ ВАТНО-МАРЛЕВУЮ ПОВЯЗКУ. Глаза могут быть защищены с помощью ОЧКОВ КОНСЕРВОВ. Значительно ослабляет действие проникающей радиации и радиоактивных веществ на организм человека своевременное использование радиозащитных средств, имеющихся в АПТЕЧКЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ (АИ-2).

2.1. АПТЕЧКЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ (АИ-2).

Аптечка содержит набор медицинских средств, распределенных по гнездам в пластмассовой коробочке

Гнездо 1 - РЕЗЕРВНОЕ.

Гнездо 2 - В ПЕНАЛЕ КРАСНОГО ЦВЕТА ТАБЛЕТКИ АНТИДОТА против фосфорорганических отравляющих веществ.

Гнездо 3 - В БОЛЬШОМ БЕЛОМ ПЕНАЛЕ ТАБЛЕТКИ (ПРОТИВОБАКТЕРИАЛЬНОЕ СРЕДСТВО 2), которые принимают после радиационного облучения при желудочно-кишечных расстройствах по 7 таблеток на прием в первые сутки и по 4 таблетки ежедневно в течение 2 и 3 дня. Таблетки являются средством профилактики инфекционных заболеваний в связи с ослаблением защитных свойств облученного организма.

Гнездо 4 - В ДВУХ ПЕНАЛАХ РОЗОВОГО ЦВЕТА ТАБЛЕТКИ (РАДИОЗАЩИТНОЕ СРЕДСТВО 1). Принимают для личной профилактики при угрозе радиоактивного заражения за 30-60 минут до начала облучения (6 таблеток на прием). Повторный прием 6 таблеток разрешается только через 5-6 часов.

Гнездо 5 - В ДВУХ БЕЛЫХ ПЕНАЛАХ АНТИБИОТИК ШИРОКОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ (ПРОТИВОБАКТЕРИАЛЬНОЕ СРЕДСТВО 1). Принимают при ранении и ожогах и для проведения экстренной профилактики при работе в очагах инфекционных заболеваний (первый прием 5 таблеток, а через 6 часов второй прием еще 5).

Гнездо 6 - В ПЕНАЛЕ БЕЛОГО ЦВЕТА ТАБЛЕТКИ (РАДИОЗАЩИТНОЕ СРЕДСТВО 2). Принимают в тех случаях, когда человек употребляет в пищу молоко от коров, пасущихся на зараженной радиоактивными веществами территории (по 1 таблетке ежедневно в течение 10 дней). Таблетки препятствуют отложению в щитовидной железе человека радиоактивного йода.

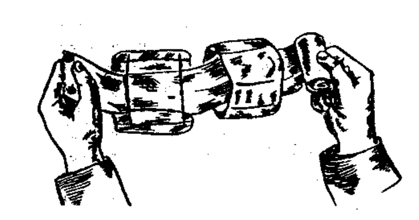
Гнездо 7 - В ПЕНАЛЕ СИНЕГО ЦВЕТА ТАБЛЕТКИ (ПРОТИВОРВОТНОЕ СРЕДСТВО). Принимают по 1 таблетке при ушибах головы, сотрясениях и контузиях, при первичной лучевой реакции с целью предупреждения рвоты.

2.2. ПАКЕТ ПЕРЕВЯЗОЧНЫЙ ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ.



Состоит из бинта (шириной 10 см. и длиной 7 м) и 2х ватно-марлевых подушечек (размером 17, 5 на 32 см.). Одна из подушечек пришита около конца бинта неподвижно, другую можно передвигать по бинту. Подушечки и бинт завернуты в вощеную бумагу и вложены в герметичный чехол из прорезиненной ткани, целлофана или пергаментной бумаги. В пакете имеется булавка, на чехле указаны правила пользования пакетом.

При наложении повязки пакет берут в левую руку, а правой рукой по надрезу вскрывают наружный чехол и вынимают пакет в вощеной бумаге с булавкой. БУЛАВКУ ВРЕМЕННО ПРИКАЛЫВАЮТ НА ВИДНОМ МЕСТЕ К ОДЕЖДЕ.



Осторожно развертывают бумажную оболочку. В левую руку берут конец бинта с пришитой ватно-марлевой подушечкой, а в правую - скатанный бинт и разводят руки. Бинт натягивают, вследствие чего расправляются подушечки. ПОДУШЕЧКИ НАКЛАДЫВАЮТ НА РАНУ ТОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ, КОТОРОЙ НЕ КАСАЮТСЯ РУКАМИ. Одна сторона подушечки прошита цветными нитками. Человек, оказывающий помощь может при необходимости касаться руками только этой стороны. Подушечки прибинтовывают бинтом, конец которого закрепляют булавкой. При сквозных ранениях подвижную подушечку перемещают по бинту на нужное расстояние, что позволяет закрыть входное и выходное отверстия раны.

ВНИМАНИЕ! НАРУЖНЫЙ ЧЕХОЛ ПЕРЕВЫЗОЧНОГО ПАКЕТА, ВНУТРЕННЯЯ ПОВЕРХНОСТЬ КОТОРОГО СТЕРИЛЬНАЯ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ГЕРМЕТИЧЕСКИХ ПОВЯЗОК.

2.3. НОРМАТИВ № 1 – РАЗВЕРТЫВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЕРЕВЯЗОЧНОГО ПАКЕТА (ППИ).

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: Обучаемый лежит, в руках держит пакет. По команде: «ПЕРЕВЯЗОЧНЫЙ ПАКЕТ РАЗВЕРНУТЬ!» обучаемый разворачивает пакет и готовит его к оказанию первой медицинской помощи.

Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
РАЗВЕРТЫВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЕРЕВЯЗОЧНОГО ПАКЕТА	Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет	1. ППИ положить в левую руку так, чтобы продольная склейка прорезанной оболочки находилась сверху. 2. Правой рукой взять за надрезанный край склейки и оторвать ее; прорезиненную оболочку развернуть. 3. Извлечь из бумажной оболочки булавку и вколоть ее временно в свою одежду на видном месте. 4. Развернуть бумажную оболочку и извлечь бинт с подушечками. 5. В левую руку взять конец бинта, к которому пришита неподвижная подушечка, а в правую – скатку бинта и развести руки в стороны. 6. Взять руками подушечки за стороны прошитые цветными нитками.	Солдаты	0.20	0.25	0.30
Ошибки снижающие оценку	На один балл	Булавка не закреплена на своем обмундировании.				
	До «неудовлетворительно»	Нарушена стерильность пакета.				

ПРИМЕЧАНИЕ: бинт открывается путем потягивания за нитку, прошитую через бумажную оболочку, последнюю разворачивают и извлекают бинт; в ночное время допускается брать руками за любую сторону подушечек, но к ране необходимо прикладывать той стороной, к которой не прикасались руки.

2.4. ДРУГИЕ ПЕРЕВЯЗОЧНЫЕ СРЕДСТВА.

К другим перевязочным средствам относятся: ПОВЯЗКИ МАЛЫЕ СТЕРИЛЬНЫЕ И БОЛЬШИЕ, САЛФЕТКИ МАЛЫЕ СТЕРИЛЬНЫЕ И БОЛЬШИЕ, БИНТЫ СТЕРИЛЬНЫЕ И НЕ СТЕРИЛЬНЫЕ РАЗНЫХ РАЗМЕРОВ, ПОВЯЗКИ ФИКСИРУЮЩИЕ КОНТУРНЫЕ, ТРУБЧАТЫЕ ТРИКОТАЖНЫЕ БИНТЫ.

2.5. ОБЩИЕ ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗОК.

ПРИ НАЛОЖЕНИИ ПОВЯЗОК НЕОБХОДИМО ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИХ ПРАВИЛ:

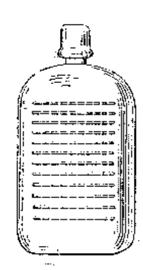
ПРИ ПЕРЕВЯЗКЕ ПОДДЕРЖИВАТЬ ПОВРЕЖДЕННУЮ ЧАСТЬ ТЕЛА.
БИНТ ДЕРЖАТЬ В ПРАВОЙ РУКЕ СКАТКОЙ ВВЕРХ,. В ЛЕВОЙ - УДЕРЖИВАТЬ ПОВЯЗКУ И РАЗГЛАЖИВАТЬ ХОДЫ БИНТА.
БИНТ РАСКАТЫВАТЬ, НЕ ОТРЫВАЯ ОТ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА, ОБЫЧНО СЛЕВА НАПРАВО, КАЖДЫМ ПОСЛЕДУЮЩИМ ХОДОМ ПЕРЕКРЫВАЯ ПРЕДЫДУЩИЙ НАПОЛОВИНУ.
БИНТОВАТЬ КОНЕЧНОСТИ С ПЕРИФЕРИИ, ОСТАВЛЯЯ СВОБОДНЫМИ КОНЧИКИ НЕПОВРЕЖДЕННЫХ ПАЛЬЦЕВ.
ПОВЯЗКУ НАКЛАДЫВАТЬ НЕ ОЧЕНЬ ТУГО (ЕСЛИ НЕ ТРЕБУЕТСЯ ДАВЯЩАЯ ПОВЯЗКА), ЧТОБЫ ОНА НЕ НАРУШАЛА КРОВООБРАЩЕНИЯ, НО И НЕ ОЧЕНЬ СЛАБО, ЧТОБЫ ОНА НЕ СПОЛЗАЛА С РАНЫ.

2.6. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРОТИВОХИМИЧЕСКИЙ ПАКЕТ.

Пакет состоит из плоского стеклянного флакона емкостью 125-135 мл, заполненного дегазирующей жидкостью и четырех марлевых тампонов. Весь пакет находиться в целлофановом мешочке. Для проведения частичной санитарной обработки необходимо пакет вскрыть, извлечь флакон и тампон, отвинтить пробку флакона и его содержимым обильно смочить тампон, использовав первый, смочить следующий и т.д., ими тщательно протереть подозрительные на заражение открытые участки кожи, лица, шеи, рук, ног, а также края воротника и манжеты, прилегающие к коже.



ВНИМАНИЕ! СНАЧАЛА ОБРАБАТЫВАЮТ ЛИЦО И НАДЕВАЮТ ПРОТИВОГАЗ, ЗАТЕМ ВВОДЯТ АНТИДОТ И ПРОДОЛЖАЮТ ОБРАБОТКУ ДРУГИХ ЗАРАЖЕННЫХ ИЛИ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫХ НА ЗАРАЖЕНИЕ УЧАСТКОВ КОЖИ И ПРИЛЕГАЮЩИХ К НЕЙ УЧАСТКОВ ОБМУНДИРОВАНИЯ.

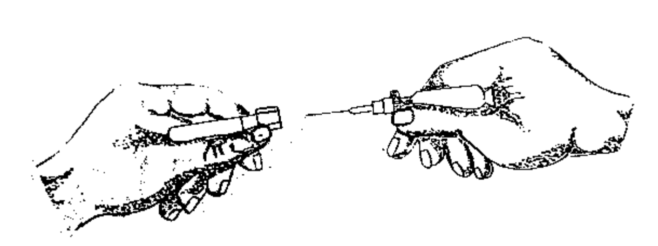


2.7. НОРМАТИВ № 12 – ЧАСТИЧНАЯ САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА ОТКРЫТЫХ УЧАСТКОВ КОЖИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОВ.

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ**:** Обучаемый находится рядом с «пострадавшим» и держит в руках пакет. По команде: «К ЧАСТИЧНОЙ САНИТАРНОЙ ОБРАБОТКЕ ПРИСТУПИТЬ!» производит частичную санитарную обработку с помощью ИПП.

Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
ЧАСТИЧНАЯ САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА ОТКРЫТЫХ УЧАСЬКОВ КОЖИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОВ	Обучаемый «заражен» табельными или подручными средствами имитации. ИПП находится при нем. Провести частичную санитарную обработку	1. Смочить тампон дегазирующей жидкостью из противохимического пакета (ИПП-8, Ипп-9, ИПП-10). 2. Смоченным тампоном протереть кожу и прилегающие к ней края одежды, наружную поверхность шлем маски.	солдаты	2.30	3.00	3.30

2.8. ШПРИЦ-ТЮБИКА ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ АНТИДОТА.



Шприц-тюбик с антидотом состоит из полиэтиленового корпуса, инъекционной иглы и защитного колпачка.

Для введения антидота шприц-тюбик берут в левую руку, иглой кверху. Нарезное кольцо у основания иглы по часовой стрелке поворачивают большим и указательным пальцами правой руки до упора для того, чтобы проколоть внутреннюю мембрану. Снимают колпачок с иглы и берут его в правую руку, слегка нажимают до выдавливания 1-2 капель жидкости.

ВНИМАНИЕ! ИГЛУ В МЫШЦУ ВВОДЯТ БЫСТРВМ КОЛЮЩИМ ДВИЖЕНИЕМ В ВЕРХНЕНАРУЖНЫЙ КВАДРАНТ ЯГОДИЦЫ, ПЕРЕДНЮЮ ЧАСТИ БЕДРА ИЛИ ПЛЕЧА, ВЫДАВЛИВАЮТ СОДЕРЖИМОЕ ТЮБИКА И, НЕ РАЗЖИМАЯ ПАЛЬЦЕВ, ВЫНИМАЮТ ИГЛУ. ИСПОЛЬЗОВАННЫЙ ШПРИЦ-ТЮБИК ПРИКАЛЫВАЮТ К ОДЕЖДЕ ПОРАЖЕННОГО.

2.9. НОРМАТИВ № 11 – ПОДГОТОВКА ШПРИЦ-ТЮБИКА ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ АНТИДОТА.

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: Обучаемый в противогазе лежит рядом с «пострадавшим» со стороны головы и применяет его шприц тюбик. По команде: «ПОДГОТОВИТЬ ШПРИЦ ТЮБИК И ВВЕСТИ АНТИДОТ!» обучаемый готовит шприц тюбик и делает прокол обмундирования иглой (без введения иглы в мышцу).

Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
ПОДГОТОВКА ШПРИЦ-ТЮБИКА ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ АНТИДОТА	Подготовить шприц тюбик и сделать прокол обмундирования «пораженного».	1. Снять защитный колпачок с горловины шприц-тюбика. 2. Пальцами левой руки взять за ребристое кольцо у основания иглы, а правой рукой тюбик и навернуть колпачок на горловину тюбика по часовой стрелке (при этом основанием иглы прокалывается мембрана). 3. Нажать пальцами на тюбик до появления капельки жидкости и проколоть обмундирование.	Солдаты	0.15	0.20	0.25
Ошибки Снижающие оценку	На один балл	1. После прокалывания мембраны допущено вытекание части антидота через иглу из-за преждевременного или неосторожного нажатия на тюбик. 2. Использованный шприц-тюбик не вложен в карман гимнастерки или под верхний оборот бинта.				
	До «неудовлетворительно»	Не проколота внутренняя оболочка шприц-тюбика.				

3. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИЯХ.

3.1. РАНЫ.

Нарушение целости кожных покровов, слизистых оболочек, глубжележащих тканей и поверхности внутренних органов в результате механического или иного воздействия называются ранами, открытыми повреждениями. РАЗЛИЧАЮТ ПОВЕРХНОСТНЫЕ И ГЛУБОКИЕ РАНЫ. Глубокие раны, при которых повреждаются внутренние оболочки полостей (брюшной, грудной, черепа, суставов), называются ПРОНИКАЮЩИМИ. Остальные виды ран независимо от их глубины называются НЕПРОНИКАЮЩИМИ. Все раны, кроме ран, наносимых стерильным инструментом во время операции, следует считать ИНФИЦИРОВАННЫМИ. В зависимости от характера ранящего предмета РАЗЛИЧАЮТ РАНЫ КОЛОТЫЕ, УКУШЕННЫЕ, РЕЗАНЫЕ, РУБЛЕНЫЕ, УШИБЛЕННЫЕ, РВАНЫЕ, ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ. Всякая рана характеризуется болью и кровотечением.

3.2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАНЕНИЯХ.

Причиной большинства смертельных исходов после ранения является острая кровопотеря, ПОЭТОМУ ПЕРВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАПРАВЛЕНЫ НА ОСТАНОВКУ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЛЮБЫМ ВОЗМОЖНЫМ СПОСОБОМ (прижатие сосуда, давящая повязка, а при выраженном артериальном или венозном кровотечении – наложение жгута и др.). Не менее важная задача ПЕРВОЙ ПОМОЩИ - ЗАЩИТА РАНЫ ОТ ЗАГРЯЗНЕНИЯ И ИНФИЦИРОВАНИЯ. Правильная обработка раны препятствует развитию осложнений в ране и почти в 3 раза сокращает время ее заживления.

ОБРАБОТКУ РАНЫ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ЧИСТЫМИ, ЛУЧШЕ ПРОДЕЗИНФИЦИРОВАННЫМИ РУКАМИ. НАКЛАДЫВАЯ АСЕПТИЧЕСКУЮ ПОВЯЗКУ, НЕ СЛЕДУЕТ КАСАТЬСЯ РУКАМИ ТЕХ СЛОЕВ МАРЛИ, КОТОРЫЕ БУДУТ НЕПОСРЕДСТВЕННО СОПРИКАСАТЬСЯ С РАНОЙ. Рана может быть защищена простым наложением асептической повязки (бинт, индивидуальный пакет, косынка). Кожу вокруг раны смазывают 5% йодной настойкой, удаляют из раны свободно лежащие инородные тела.

При оказании первой помощи больному с проникающим ранением груди, необходимо как можно раньше с помощью герметизирующей повязки прекратить сообщение плевральной полости с внешней средой.

ВНИМАНИЕ! РАНУ НЕЛЬЗЯ ПРОМЫВАТЬ ВОДОЙ - ЭТО СПОСОБСТВУЕТ ИНФИЦИРОВАНИЮ. НЕЛЬЗЯ ДОПУСКАТЬ ПОПАДАНИЯ ПРИЖИГАЮЩИХ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В РАНЕВУЮ ПОВЕРХНОСТЬ. РАНУ НЕЛЬЗЯ ЗАСЫПАТЬ ПОРОШКАМИ, НАКЛАДЫВАТЬ НА НЕЕ МАЗЬ, НЕЛЬЗЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО К РАНЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИКЛАДЫВАТЬ ВАТУ, - ВСЕ ЭТО СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ИНФЕКЦИИ В РАНЕ.

3.3. ПОЛОЖЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ.

В положении лежа на спине	транспортируют пострадавших, находящихся в сознании, с ранениями головы, ранениями позвоночника и с ранениями конечностей. положение лежа на спине с согнутыми в коленях ногами рекомендуется при открытых ранениях брюшной полости, при переломе костей таза.
В положении лежа на спине с приподнятыми нижними конечностями и опущенной вниз головой	транспортируют пострадавших при ранениях со значительными кровопотерями и при шоке.
В положении лежа на животе	транспортируют раненых с травмами позвоночника, когда пострадавший находится в бессознательном состоянии.
В полусидячем положении с вытянутыми ногами	транспортируют раненых при ранениях шеи и при значительных ранениях верхних конечностей.
В полусидячем положении с согнутыми коленями, под которые подкладывают валик	транспортируют раненых с ранениями мочевых и половых органов, при кишечной непроходимости и иных внезапных заболеваниях брюшных органов, при травмах брюшной полости, а так же при ранениях грудной клетки.
В положении на боку, в так называемом фиксированном, стабилизированном положении	в обязательном порядке транспортируют раненых, находящихся в бессознательном состоянии.
В сидячем положении или же пешком с помощью сопровождающего лица	доставляются пострадавшие со сравнительно легкими ранениями лица и верхних конечностей.

3.4. БИНТОВЫЕ ПОВЯЗКИ ГОЛОВЫ И ШЕИ.



НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМИ ПОВЯЗКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОВЯЗКИ:

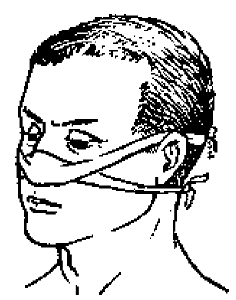
1. ГОЛОВНАЯ ПОВЯЗКА "ШАПОЧКА" – одна из самых простых и удобных повязок на голову. Полоска бинта приблизительно 70 см длиной опущена с темени вниз перед ушами. Концы бинта держит сам раненый или же помощник, оказывающий помощь. Вокруг этой полоски, вокруг головы, накладываются круговые ходы бинта до тех пор, пока не будет перевязана вся голова, причем каждый круговой ход закрывает часть наложенной свободно полоски бинта.
2. «ВОСЬМЕРКА». Для закрытия задней поверхности шеи и затылочной области применяется восьмиобразная повязка. При этом способе закрытия раны ходы бинта перекрещиваются на затылке.
3. ПОВЯЗКА НА УХО. При этом способе круговые ходы постепенно закрывают больное ухо и последовательно переходят сверху вниз под здоровым ухом. Повреждения уха могут быть поверхностными и глубокими. Глубокие, как правило, возникают при тяжелых травмах головы с переломами височной кости.
4. ПОВЯЗКА НА ГЛАЗ. В этом случае круговым горизонтальным ходом через лоб закрепляют бинт, затем сзади спускают его вниз на затылок, ведут под ухом со стороны больного глаза по боковой поверхности шеи, через щеку и вверх, закрывая больной глаз. Косой ход закрепляют круговым. Далее следует чередование косых восходящих и циркулярных туров.

Повязка на оба глаза начинается аналогично повязке на правый глаз. Затем циркулярные туры бинта ведут из правой височной области сверху вниз на левый глаз, затем следует закрепляющий циркулярный тур и последовательное чередование туров, закрывающий правый и левый глаз.

Механические повреждения глаза могут быть поверхностными и проникающими. Различают также тупые травмы глаза - контузии, при которых могут наблюдаться кровоизлияния под конъюнктиву, в переднюю камеру и в стекловидное тело. Одним из основных признаков ранения является боль. При поверхностных повреждениях роговицы отмечаются светобоязнь и слезотечения. Признаком проникающего ранения служит относительная мягкость глазного яблока. Неотложная помощь заключается в наложении асептической повязки.

ВНИМАНИЕ! ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ГЛАЗА ПЕРЕД НАЛОЖЕНИЕМ ПОВЯЗКИ НЕМЕДЛЕННО ОБИЛЬНО (В ТЕЧЕНИЕ 15-20 МИНУТ) ПРОМЫВАЮТ ГЛАЗ ВОДОЙ.

5. ПОВЯЗКА ШЕИ должна быть свободной, не слишком тугой, она не должна оказывать давление на гортань и вызывать удушья. Лучше всего накладывать такие повязки, которые состоят из повязки затылка восьмеркой, комбинированной с оборотами вокруг шеи. Травмы гортани всегда сопровождаются нарушением общего состояния. Может развиться шок. Наблюдается боль при глотании и разговоре, охриплость затруднение дыхания, кашель. Наличие кровохаркания свидетельствуют о повреждении слизистой оболочки гортани. Мероприятия первой медицинской помощи направлены на борьбу с шоком и кровотечением. Пострадавшему необходимо ввести противоболевое средство, при ранении кожных покровов наложить асептическую повязку, при кровохаркании - холод на область шеи.



6. ПРАЩЕВИДНАЯ ПОВЯЗКА НА НОС. Это полоска ткани или кусок бинта, оба конца которого надрезаны продольно. Повреждения носа чаще закрытые, сопровождаются носовым кровотечением, деформацией носа, нарушением носового дыхания, болью, вплоть до развития шока, припухлостью и кровоизлияниями в области носа и окружающих частей лица. Первая медицинская помощь заключается в остановке кровотечения и наложении повязки.

3.5. НОРМАТИВ № 2 – НАЛОЖЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ПОВЯЗКИ НА ГОЛОВУ.

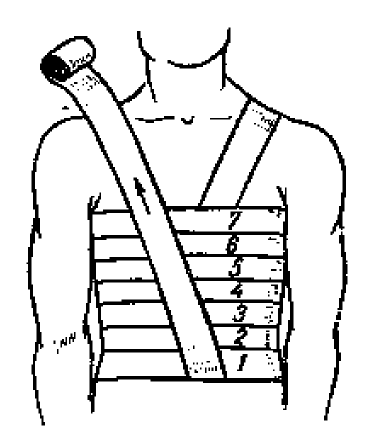
ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: «Раненый» и обучаемый лежат. Перевязочные материалы и другие средства оказания первой медицинской помощи находятся в руках обучаемого или рядом с ним. При наложении повязки время отсчитывается от начала развертывания перевязочного материала до закрепления повязки. Время, затраченное на обнаружение раны, не учитывается. По команде: «ПЕРВИЧНУЮ ПОВЯЗКУ НА ПРАВЫЙ (ЛЕВЫЙ) ГЛАЗ (ПРАВОЕ (ЛЕВОЕ) УХО) НАЛОЖИТЬ!» обучаемый обнаруживает рану и приступает к наложению повязки.

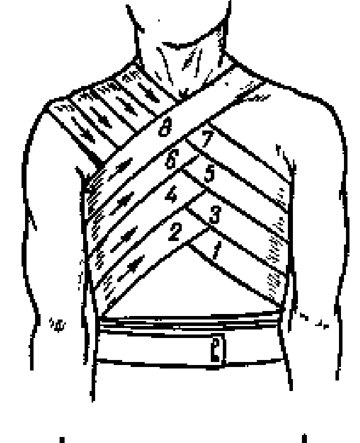
Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
Повязка НА ПРАВЫЙ (ЛЕВЫЙ) ГЛАЗ	Остановить кровотечение при ранении глаза, предупредить инфицирование раны (ожоговой поверхности, места обморожения) и выпадения глазного яблока путем наложения повязки.	1. Снять головной убор с «раненного». 2. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет или бинт (норматив №1). 3. Подушечки ППИ сложить и положить на глаз. Бинт закрепить двумя круговыми горизонтальными ходами вокруг головы, разматывая его слева направо, при наложении повязки на правый глаз, и справа налево при наложении повязки на левый. 4. Затем бинт вести сзади вниз на затылок, под ухо со стороны больного глаза, наискось через щеку вверх, закрывая больной глаз. Косой ход бинта закрепить круговым ходом вокруг головы. 5. Далее чередовать косые и круговые ходы, закрывая область поврежденного глаза и закрепить повязку.	солдаты	1.50	1.55	2.00
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. Неправильное положение бинта. 2. Слабое или чрезмерно тугое наложение повязки. 3. При наложении повязки образовались складки, морщины. 4. Повязка сползает с глаза. 5. Повязка не закреплена или закреплена над раной.				

Повязка НА ПРАВВОЕ (ЛЕВОЕ) УХО.	Остановить кровотечение при ранении глаза, предупредить инфицирование раны (ожоговой поверхности, места обморожения) и выпадения глазного яблока путем наложения повязки.	1. Снять головной убор с «раненного». 2. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет или бинт (норматив №1). 3. Подушечки ППИ сложить и положить на ухо. Бинт закрепить двумя горизонтальными круговыми ходами вокруг головы, разматывая его слева направо при наложении повязки на правое ухо, и справа налево при наложении повязки на левое ухо. 4. Вести бинт вокруг затылка на правое (левое) ухо и один ход вокруг головы, закрепляя предыдущий ход бинта. Далее чередовать ход бинта на ухо и вокруг головы, заканчивая повязку закреплением конца бинта.	солдаты	1.50	1.55	2.00
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. Неправильное положение бинта. 2. Слабое или чрезмерно тугое наложение повязки. 3. При наложении повязки образовались складки, морщины. 4. Повязка сползает с уха. 5. Повязка не закреплена или закреплена над раной.				

3.6. БИНТОВЫЕ ПОВЯЗКИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ЖИВОТА.

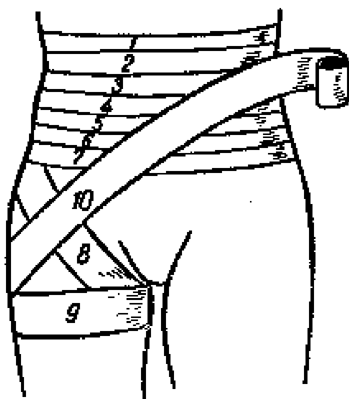
ПЕРЕВЯЗКА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.





Для перевязки грудной клетки применяют более широкие бинты. При неправильном наложении повязки через короткое время происходит ее соскальзывание. В СВЯЗИ С ЭТИМ ГРУДНУЮ КЛЕТКУ НЕЛЬЗЯ ПЕРЕВЯЗЫВАТЬ СПИРАЛЕВИДНЫМИ ХОДАМИ. Лучше всего бинтовать грудную клетку восьмерками, причем повязку следует начинать с наложения первых ходов в ее нижнем отделе. Грудь забинтовывают последовательно вплоть до подмышек, затем при помощи одного укрепляющего хода переходят на левое плечо и по спине идут вниз под правую подмышку. Потом на грудь снова накладывают круговой ход, далее переходят под левую подмышку, оттуда на спину и сзади ведут бинты на левое плечо. Повязку заканчивают круговыми ходами в верхней части грудной клетки.

ПЕРЕВЯЗКА ЖИВОТА.

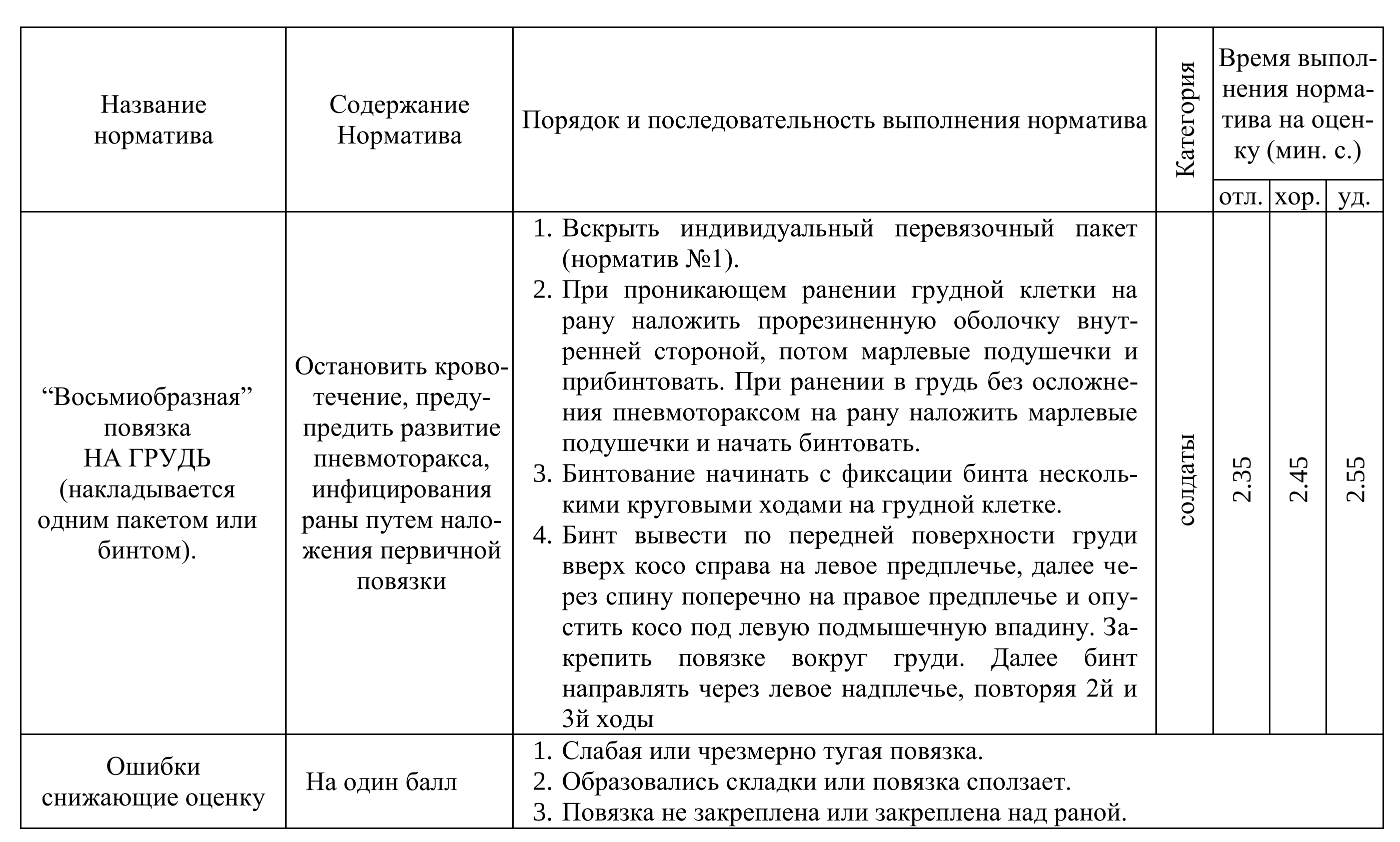


Для перевязки живота применяют более широкие бинты. С живота повязки соскальзывают не так часто, поэтому их можно забинтовывать обычными спиралевидными ходами. Первые ходы накладывают в верхней части живота; последующими ходами, которые должны закрывать наполовину ходы предыдущие, переходят на нижнюю часть живота. Заканчивающие ходы накладывают на правое бедро. При заканчивании повязки на правое бедро можно сделать несколько колосовидных ходов.



3.7. НОРМАТИВ № 3 – НАЛОЖЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ПОВЯЗКИ НА ВЕРХНИЕ КОНЕЧНОСТИ И ГРУДНУЮ КЛЕТКУ.

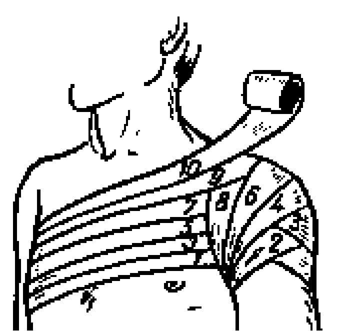
ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: «Раненый» и обучаемый лежат. Перевязочные материалы и другие средства оказания первой медицинской помощи находятся в руках обучаемого или рядом с ним. При наложении повязки время отсчитывается от начала развертывания перевязочного материала до закрепления повязки. Время, затраченное на обнаружение раны, не учитывается. Допускается бинтование поверх обмундирования. По команде: «ПЕРВИЧНУЮ ПОВЯЗКУ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ НАЛОЖИТЬ!» обучаемый обнаруживает рану и приступает к наложению повязки.



Название норматива	Содержание Норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
“Восьмиобразная” повязка НА ГРУДЬ (накладывается одним пакетом или бинтом).	Остановить кровотечение, предупредить развитие пневмоторакса, инфицирования раны путем наложения первичной повязки	1. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет (норматив №1). 2. При проникающем ранении грудной клетки на рану наложить прорезиненную оболочку внутренней стороной, потом марлевые подушечки и прибинтовать. При ранении в грудь без осложнения пневмотораксом на рану наложить марлевые подушечки и начать бинтовать. 3. Бинтование начинать с фиксации бинта несколькими круговыми ходами на грудной клетке. 4. Бинт вывести по передней поверхности груди вверх косо справа на левое предплечье, далее через спину поперечно на правое предплечье и опустить косо под левую подмышечную впадину. Закрепить повязке вокруг груди. Далее бинт направлять через левое надплечье, повторяя 2й и 3й ходы	солдаты	2.35	2.45	2.55
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. Слабая или чрезмерно тугая повязка. 2. Образовались складки или повязка сползает. 3. Повязка не закреплена или закреплена над раной.				

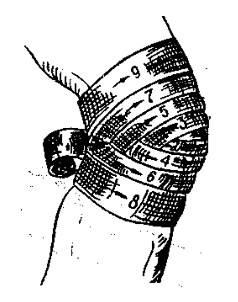
3.8. БИНТОВЫЕ ПОВЯЗКИ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

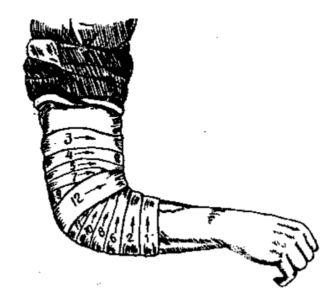
При перевязке конечностей следует придерживаться правила - ПЕРВЫЕ ХОДЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАЛОЖЕНЫ НА НИЖНЮЮ ЧАСТЬ КОНЕЧНОСТИ; В ДАЛЬНЕЙШЕМ ЗАБИНТОВЫВАНИЕ ВЕДЕТСЯ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ВВЕРХ. Такой способ перевязки позволяет избежать накопления венозной крови в свободных, не забинтованных отделах конечностей.



НА ПЛЕЧЕВОЙ И БЕДРЕННЫЙ СУСТАВЫ ОБЫЧНО НАКЛАДЫВАЕТСЯ КОЛОСОВИДНАЯ ПОВЯЗКА. Первые ходы обычно накладываются на плечо или же на бедро. Далее колосовидными ходами бинтуют по направлению к суставу. В области сустава при помощи круговых ходов переходят при забинтовывании плечевого сустава на грудную клетку, при забинтовывании бедренного сустава - на живот. Эти повязки заканчивают при перевязке плечевого сустава - на груди, при перевязке бедренного сустава - на животе.

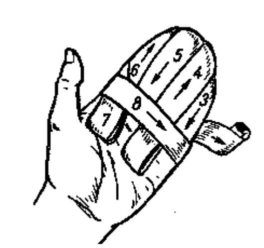
НА ПЛЕЧО, ПРЕДПЛЕЧЬЕ, БЕДРО И ГОЛЕНЬ НАКЛАДЫВАЮТСЯ СПИРАЛЕВИДНЫЕ ИЛИ ЖЕ БОЛЕЕ ПРОЧНЫЕ КОЛОСОВИДНЫЕ ПОВЯЗКИ.





ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ ЗАБИНТОВЫВАЮТСЯ ВОСЬМЕРКАМИ, причем бинтовые ходы должны перекрещиваться в суставных ямках, а именно на локте - в локтевой ямке, на колене - в коленной ямке.

НА ПАЛЬЦЫ НАКЛАДЫВАЮТСЯ СПИРАЛЬНЫЕ ИЛИ ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ "НАПЕРСТКОВИДНЫЕ" ПОВЯЗКИ. «наперстковидные» повязки начинают путем наложения сложенного в несколько раз тела бинта на палец; затем повязку укрепляют на пальце при помощи дальнейших ходов. Палец можно перевязать также по способу нормальной спиралевидной повязки, используя узкий бинт. При перевязки всех пальцев руки накладывают так называемую "перчатку". При перевязке пальцев руки вспомогательные ходы накладываются всегда с тыльной, а не с ладонной поверхности кисти руки. ЛАДОНЬ ДОЛЖНА БЫТЬ СВОБОДНОЙ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛУЧАЕВ РАНЕНИЯ САМОЙ ЛАДОНИ.



3.9. НОРМАТИВ № 3 – НАЛОЖЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ПОВЯЗКИ НА ВЕРХНИЕ КОНЕЧНОСТИ И ГРУДНУЮ КЛЕТКУ.

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ**:** «Раненый» и обучаемый лежат. Перевязочные материалы и другие средства оказания первой медицинской помощи находятся в руках обучаемого или рядом с ним. При наложении повязки время отсчитывается от начала развертывания перевязочного материала до закрепления повязки. Время, затраченное на обнаружение раны, не учитывается. По команде: «ПЕРВИЧНУЮ ПОВЯЗКУ НАЛОЖИТЬ!» обучаемый обнаруживает рану и приступает к наложению повязки.

Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
“Восьмиобразная” повязка НА КИСТЬ	Остановить кровотечение, предупредить инфицирования раны, ожоговой поверхности, места обморожения, воздействия ОВ путем наложения первичной повязки	1. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет (норматив №1). 2. Подушечки сложить и наложить на место повреждения кисти. 3. .Несколькими оборотами закрепить бинт на кисти. Затем вести бинт по тыльной стороне (если рана на тыльной стороне кисти или ладони) косо на запястье, сделать несколько таких оборотов, возвратиться по тыльной или ладонной стороне (в зависимости от того где находится рана) и повторить циркулярные ходы на кисти. Циркулярные и косые ходы повторять до тех пор, пока рана не будет достаточно прикрыта.	солдаты	1.40	1.50	2.00
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. Слабая или чрезмерно тугая повязка. 2. Образовались складки или повязка сползает. 3. Повязка не закреплена или закреплена над раной.				

Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
Повязка НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ	Остановить кровотечение, предупредить инфицирования раны, ожоговой поверхности, места обморожения путем наложения первичной повязки	1. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет (норматив №1). 2. Подушечки сложить и наложить на место повреждения кисти. 3. .Круговыми движениями зафиксировать бинт ниже раны. Далее разматывать вокруг предплечья снизу вверх, периодически перегибая (переворачивая) ходы бинта. Этим достигается плотное прилегание бинта к телу и исключение складок, «карманов». Заканчивать повязку закреплением бинта выше или ниже бинта.	солдаты	1.15	1.25	1.35
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. Слабая или чрезмерно тугая повязка. 2. Образовались складки или повязка сползает. 3. Повязка не закреплена или закреплена над раной.				

Повязка НА ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ	Остановить кровотечение, предупредить инфицирования раны в области локтевого сустава, фиксировать локтевой сустав путем наложения первичной повязки	1. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет (норматив №1). 2. Согнуть руку «раненого» в локтевом суставе под прямым углом. 3. На рану положить сложенные подушечки ППИ и зафиксировать их несколькими круговыми ходами бинта. 4. Бинтовать, начиная с предплечья, переводя бинт по задней или сгибательной поверхности локтевого сустава (в зависимости от того, где расположена рана) на плечо, сделать несколько круговых ходов и возвратиться на предплечье, перекрещивая первый ход бинта. На предплечьи сделать несколько круговых ходов и возвратиться на плечо, повторяя предыдущие ходы. Закончить повязку круговым ходом и закрепить на предплечьи.	Солдаты	1.15	1.25	1.35
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. Слабая или чрезмерно тугая повязка. 2. Повязка не закреплена или закреплена над раной. 3. Повязка сползает.				

Повязка НА ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ	Остановить кровотечение, сделать иммобилизацию при подвывихах и вывихах плечевого сустава.	1. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет (норматив №1). 2. Обучаемый занимает положение сбоку то «раненого» со стороны плечевого сустава. 3. Первые два хода бинта закрепить вокруг верхней трети плеча. 4. Затем бинт вести из-под мышечной области спереди (сзади – для правого локтевого сустава) вверх на плечевой сустав. С плечевого сустава бинт опустить наискось вниз и по спине (для правого сустава – опустить вниз до груди) к здоровой подмышечной области, проходя под ней на грудь (для правого сустава – на спину). Затем поднятая к больному плечевому суставу и сделать ход вокруг плеча, как в первые два хода. 5. Так повторять несколько раз, поднимаясь с каждым ходом все выше, пока не закроется плечевой сустав и надплечье	Солдаты	1.50	1.55	2.00
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. Слабая или чрезмерно тугая повязка. 2. Образовались складки или повязка сползает. 3. Повязка не закреплена или закреплена над раной.				

3.10. НОРМАТИВ № 4 – НАЛОЖЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ПОВЯЗКИ НА НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: «Раненый» и обучаемый лежат. Перевязочные материалы и другие средства оказания первой медицинской помощи находятся в руках обучаемого или рядом с ним. При наложении повязки время отсчитывается от начала развертывания перевязочного материала до закрепления повязки. Время, затраченное на обнаружение раны, не учитывается. По команде: «ПЕРВИЧНУЮ ПОВЯЗКУ НАЛОЖИТЬ!» обучаемый обнаруживает рану и приступает к наложению повязки.

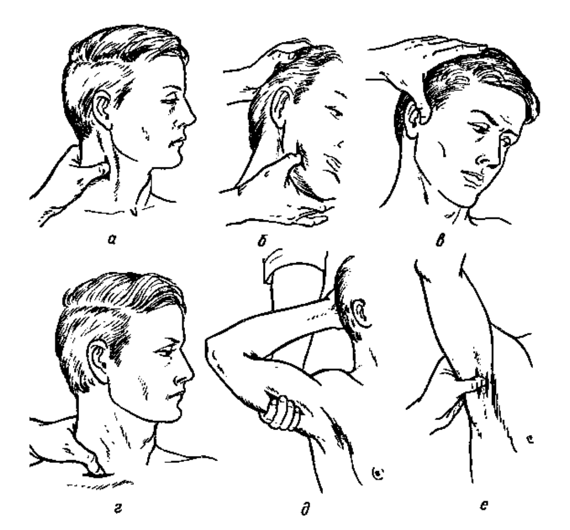
Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
Повязка НА ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ	Остановить кровотечение, сделать иммобилизацию в голеностопном суставе.	1. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет (норматив №1). 2. Подушечки наложить на рану. 3. Бинтование начинать с фиксации бинта круговым ходом над ледышками, затем бинт вести по тыльной стороне стопы, впустив вниз на подошву и вести вокруг стопы. После этого бинт поднять по тылу стопы и обвести его сзади ледышки. Ходя повторять до полного закрепления области сустава. Бинтование закончить закреплением бита на голени под латышкой.	Солдаты	1.15	1.25	1.35
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. Слабая или чрезмерно тугая повязка. 2. Образовались складки или повязка сползает. 3. Повязка не закреплена или закреплена над раной.				

Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
Повязка НА КОЛЕННЫЙ СУСТАВ	Остановить кровотечение, сделать иммобилизацию сустава, предупредить инфицирование раны.	1. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет (норматив №1). 2. Подушечки сложить и наложить на рану. 3. Бинтование начинать с фиксации бинта несколькими круговым ходами на верхней трети голени. Затем бинт ведут в косом направлении вверх до передней поверхности сустава или задней (в зависимости то того, где находится рана), на бедро, где необходимо закрепить одним-двумя круговыми ходами. 4. Далее бинт опустить на голень по передней или задней поверхности сустава. Чередовать круговые ходы бинта вокруг голени и бедра с косыми до полного закрытия коленного сустава. Повязку закончить закреплением бинта на голени вне раны.	Солдаты	1.10	1.20	1.30
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. Слабая или чрезмерно тугая повязка. 2. Образовались складки или повязка сползает. 3. Повязка не закреплена или закреплена над раной.				

4. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ.

4.1. ВИДЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ.

РАЗЛИЧАЮТ АРТЕРИАЛЬНОЕ, ВЕНОЗНОЕ, И КАПИЛЯРНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ.



АРТЕРИАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ - кровотечение из поврежденных артерий. ИЗЛИВАЮЩАЯСЯ КРОВЬ ЯРКО-КРАСНОГО ЦВЕТА, ВЫБРАСЫВАЕТСЯ СИЛЬНОЙ ПУЛЬСИРУЮЩЕЙ СТРУЕЙ. Артериальное кровотечение из небольшой артерии можно с успехом остановить при помощи давящей повязки. ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ОСТАНОВКИ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ШИРОКО ПРИМЕНЯЕТСЯ ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ смотри рисунок (**а - сонной; б – подчелюстной; в – височной; г – подключичной; д – плечевой; е – подмышечной**). Прижать артерию можно большим пальцем, ладонью, кулаком. ПРИЖАТИЕ АРТЕРИЙ ФИКСАЦИЕЙ КОНЕЧНОСТИ В ОПРЕДЕЛЕННОМ ПОЛОЖЕНИИ применяют во время транспортировки больного в стационар. Надежно останавливает кровотечение из артерий тугое круговое перетягивание конечности, обеспечивающее пережатие всех сосудов выше места ранения. Наиболее легко это выполняется с помощью специального резинового жгута.

ВЕНОЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ возникает при повреждении вен. Давление в венах значительно ниже, чем в артериях, поэтому кровь вытекает медленно, равномерной и неравномерной струей. КРОВЬ ПРИ ТАКОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ТЕМНО-ВИШНЕВОГО ЦВЕТА. При венозном кровотечении надежная временная остановка кровотечения осуществляется наложением давящей повязки.

КАПИЛЛЯРНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ возникает при повреждении мельчайших кровеносных сосудов - капилляров. Капиллярное кровотечение легко останавливается наложением обычной повязки на рану.

РАЗЛИЧАЮТ КРОВОТЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫЕ И ВНУТРЕННИЕ.

НАРУЖНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ характеризуются поступлением крови непосредственно на поверхность тела через рану кожи. При ВНУТРЕННЕМ КРОВОТЕЧЕНИИ кровь поступает в какую-нибудь полость.

4.2. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.

К СПОСОБАМ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

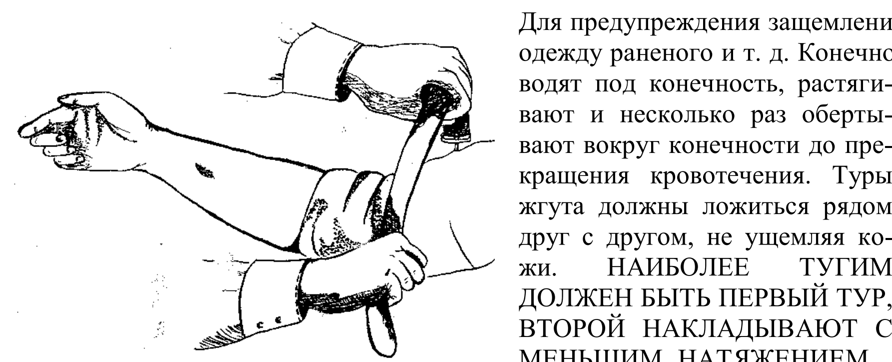
ПРИДАНИЕ ПОВРЕЖДЕННОЙ ЧАСТИ ТЕЛА ВОЗВЫШЕННОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К ТУЛОВИЩУ;
ПРИЖАТИЕ КРОВОТОЧАЩЕГО СОСУДА В МЕСТЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ПОМОЩИ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ;
ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ НА ПРОТЯЖЕНИИ;
ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ФИКСИРОВАНИЕМ КОНЕЧНОСТИ В ПОЛОЖЕНИИ МАКСИМАЛЬНОГО СГИБАНИЯ ИЛИ РАЗГИБАНИЯ В СУСТАВЕ;
КРУГОВОЕ СДАВЛИВАНИЕ КОНЕЧНОСТИ ЖГУТОМ;
ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ НАЛОЖЕНИЕМ ЗАЖИМА НА КРОВОТОЧАЩИЙ СОСУД В РАНЕ.

4.3. ПРИЖАТИЕ АРТЕРИЙ ФИКСАЦИЕЙ КОНЕЧНОСТИ В ОПРЕДЕЛЕННОМ ПОЛОЖЕНИИ.

Сгибание конечности в суставе эффективно при условии фиксации согнутой до отказа руки в локтевом суставе при кровотечении из предплечья или кисти; ноги – в коленном суставе при кровотечении из голени или стопы. При высоких недоступных наложению жгута повреждениях бедренной артерии следует фиксировать бедро к животу при максимальном сгибании конечности в коленном и тазобедренном суставах. Согнутую конечность фиксируют ремнем или бинтовой повязкой.

4.4. НАЛОЖЕНИЕ РЕЗИНОВОГО КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА.

НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ЛИШЬ ПРИ СИЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТИ.



Для предупреждения защемления кожи под жгут подкладывают полотенце, одежду раненого и т. д. Конечность несколько поднимают вверх, жгут подводят под конечность, растягивают и несколько раз обертывают вокруг конечности до прекращения кровотечения. Туры жгута должны ложиться рядом друг с другом, не ущемляя кожи. НАИБОЛЕЕ ТУГИМ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПЕРВЫЙ ТУР, ВТОРОЙ НАКЛАДЫВАЮТ С МЕНЬШИМ НАТЯЖЕНИЕМ, А ОСТАЛЬНЫЕ - С МИНИМАЛЬНЫМ. Концы жгута фиксируют при помощи цепочки и крючка поверх всех туров. Ткани должны сдавливаться лишь до остановки кровотечения. При правильно наложенном жгуте артериальное кровотечение немедленно прекращается, конечность бледнеет, пульсация сосудов ниже наложенного жгута прекращается.

ЖГУТ НАКЛАДЫВАЕТСЯ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 2 ЧАСА НА НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ И НА 1,5 ЧАСА - НА ВЕРХНЕЙ. Увеличение срока действия жгута опасно из-за омертвления конечности. ЕСЛИ ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО КАКИМ-ЛИБО ПРИЧИНАМ ЗАТЯГИВАЕТСЯ, ТО НЕОБХОДИМО НА 10-15 МИН ЖГУТ СНЯТЬ для восстановления артериального тока крови в конечности (артериальное кровотечение в этот период предупреждают пальцевым прижатием артерии) и наложить вновь несколько выше или ниже того места где он находился первоначально. В ПОСЛЕДУЮЩЕМ ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОЦЕДУРУ СНЯТИЯ ЖГУТА ПОВТОРЯЮТ, ЗИМОЙ ЧЕРЕЗ 30 МИНУТ, ЛЕТОМ – ЧЕРЕЗ 50-60 МИНУТ.



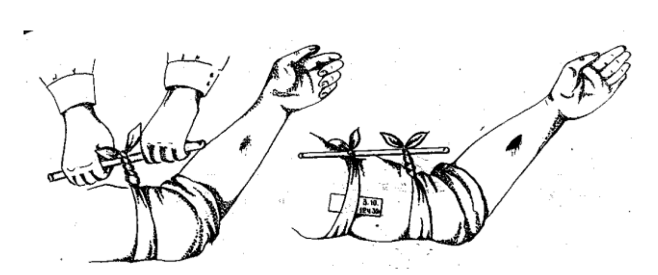
НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА НА ШЕЮ. К наложению жгута на шею (при кровотечении из сонной артерии) с планкой или через подмышечную впадину здоровой стороны прибегают редко. Но в случае применения этого метода для остановки кровотечения используют шину Крамера (которая служит каркасом), наложенную на здоровую половину шеи. На ней натягивают жгут, который придавливает марлевый валик и сдавливает сосуд с одной стороны. При отсутствие шины можно в качестве каркаса использовать руку со здоровой стороны, которую кладут на голову и прибинтовывают.

4.5. НОРМАТИВ № 5 – НАЛОЖЕНИЕ РЕЗИНОВОГО КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА.

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: Обучаемый лежит около «раненого», держит в руках жгут (если позволяют условия, разрешается оказывать помощь сидя). По команде: «ЖГУТ НАЛОЖИТЬ!» обучаемый накладывает жгут. Выполнение норматива заканчивается закреплением жгута.

Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
Наложение резинового кровоостонавливажщего жгута НА БЕДРО (ШЕЮ).	Остановить артериальное кровотечение плеча (бедра) с повреждением артериальных сосудов.	1. Взять резиновый жгут двумя руками в средней части и сильно растянуть. 2. Жгут в растянутом виде обернуть 2-3 раза вокруг бедра (плеча) выше места кровотечения так, чтобы первый оборот был туже последующих оборотов. 3. Концы жгута закрепить с помощью цепочки и крючка. 4. Обозначить время наложения жгута на листе бумаги и вложить под жгут.	Солдаты	0.15	0.20	0.25
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. Жгут наложен на оголенное тело, ущемление жгутом кожи. 2. Жгут чрезмерно перетягивает конечность. 3. Обучаемый не обозначил время наложения жгута. 4. Жгут наложен на несоответствующую область.				
	До «неудовлетворительно»	1. Жгут наложен ниже раны. 2. Прощупывается пульс (повторное кровотечение).				

При отсутствии специального жгута круговое перетягивание конечности может быть осуществлено РЕЗИНОВОЙ ТРУБКОЙ, РЕМНЕМ, ПЛАТКОМ, КУСКОМ МАТЕРИИ. Необходимо помнить, что грубые жесткие предметы могут легко вызвать повреждение нервов.
При наложении закрутки соблюдаются такие же меры предосторожности, как и при наложении резинового кровоостанавливающего жгута.



4.6 НОРМАТИВ № 6 – НАЛОЖЕНИЕ ЗАКРУТКИ С ПОМОЩЬЮ КОСЫНКИ И ДРУГИХ ПОДРУЧНЫХ СРЕДСТ.

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: Обучаемый лежит около «раненого», держит в руках косынку или другое подручное средство для остановки кровотечения (если позволяют условия, разрешается оказывать помощь сидя). По команде: «ЗАКРУТКУ НАЛОЖИТЬ!» обучаемый накладывает закрутку. Выполнение норматива заканчивается закреплением закрутки.

Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
Наложение закрутки с помощью косынки и других подручных срkдств НА БЕДРО (ПЛЕЧО).	Остановить артериальное кровотечение плеча (бедра) с повреждением артериальный сосудов.	1. Косынки (или подручный материал) обернуть вокруг бедра (плеча) выше места ранения и завязать крепким узлом. 2. В образовавшуюся петлю вставить палку и закрутить ее. 3. Концы палки закрепить на бедре (плече) бинтом (тесьмой).	Солдаты	0.40	0.50	0.55
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. Закрутка наложена на оголенное тело. 2. Закрутка чрезмерно перетягивает конечность. 3. Обучаемый не обозначил время наложения закрутки.				
	До «неудовлетворительно»	3. Закрутка наложена ниже раны. 4. Прощупывается пульс (повторное кровотечение).				

4.7. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕКОТОРЫХ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.

НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ.

При носовом кровотечении кровь поступает не только наружу, через носовые отверстия, но и в глотку и в полость рта. Прежде всего, нужно устранить все причины, усиливающие кровотечение. Надо успокоить больного, убедить его в том, что резкие движения, кашель, разговор, сморкание, напряжение усиливают кровотечение. Больного следует усадить, придать ему положение, при котором меньше возможности для поступления крови в носоглотку, ПОЛОЖИТЬ НА ОБЛАСТЬ НОСА И ПЕРЕНОСИЦЫ ПУЗЫРЬ СО ЛЬДОМ, ЗАВЕРНУТЫЙ В ПЛАТОК КОМОЧЕК СНЕГА, СМОЧЕННЫЙ ХОЛОДНОЙ ВОДОЙ ПЛАТОК, БИНТ, КОМОЧЕК ВАТЫ И ДР. Обеспечить достаточный приток свежего воздуха. Можно попытаться остановить кровотечение сильным прижатием обеих половинок носа к носовой перегородке. При этом голову больного наклоняют несколько вперед и возможно выше, с силой сжимают нос. Вместо прижатия можно провести тампонаду носовых ходов сухим комочком ваты, смоченной раствором перекиси водорода. В носовые ходы вводят ватные шарики, голову больного наклоняют вперед.

КРОВОТЕЧЕНИЕ В ГРУДНУЮ ПОЛОСТЬ.

Вследствие кровопотери и выключения легкого из акта дыхания состояние больного быстро ухудшается: резко ухудшается и затрудняется дыхание, кожные покровы становятся бледными, с синюшным оттенком. ПОМОЩЬ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИДАНИИ БОЛЬНОМУ ПОЛУСИДЯЧЕГО ПОЛОЖЕНИЯ. К ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИКЛАДЫВАЕТСЯ ПУЗЫРЬ СО ЛЬДОМ.

КРОВОТЕЧЕНИЕ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ.

Кровотечение в брюшную полость проявляется сильными болями в животе. Кожные покровы бледные, пульс частый. При значительном кровотечении возможна потеря сознания. БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ УЛОЖИТЬ, НА ЖИВОТ ПОЛОЖИТЬ ПУЗЫРЬ СО ЛЬДОМ, ЗАПРЕЩАЕТСЯ ПРИЕМ ПИЩИ И ВОДЫ.

ОСТРОЕ МАЛОКРОВИЕ.

Развивается при значительной потере крови. ОДНОМОМЕНТНАЯ ПОТЕРЯ КРОВИ (2-2. 5 Л) ЯВЛЯЕТСЯ СМЕРТЕЛЬНОЙ. ПОТЕРЯ 1-1. 5 Л КРОВИ ОЧЕНЬ ОПАСНА и проявляется развитием тяжелой картины острого малокровия**,** выражающегося нарушением кровообращения и развитием кислородного голодания. Больной жалуется на нарастающую слабость, головокружение, шум в ушах, потемнение и мелькание мушек в глазах, жажду, тошноту, рвоту. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки становятся бледными, черты лица заостряются. Больной заторможен, иногда, наоборот, возбужден, дыхание частое, пульс слабого наполнения или совсем не определяется, артериальное давление низкое. В дальнейшем в результате потери крови может наблюдаться потеря сознания, обусловленная обескровливанием мозга, исчезает пульс, не определятся давление, появляются судороги, непроизвольное отделение кала и мочи. Если экстренно не принять соответствующих мер, наступает смерть. ПОСТРАДАВШЕГО СЛЕДУЕТ УЛОЖИТЬ НА РОВНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ АНЕМИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА. ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРЕ, ВЫЗВАВШЕЙ ОБМОРОК, ШОК, БОЛЬНОГО (РАНЕНОГО) УКЛАДЫВАЮТ В ПОЛОЖЕНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ГОЛОВА НАХОДИТСЯ НИЖЕ ТУЛОВИЩА.

4.8 ГРУППЫ КРОВИ.

В КРОВИ МОГУТ НАХОДИТЬСЯ РАЗЛИЧНЫЕ БЕЛКИ (АГГЛЮТИНОГЕНЫ И АГГЛЮТИНИНЫ), КОМБИНАЦИЕЙ (НАЛИЧИЕМ ИЛИ ОТСУТСТВИЕМ) КОТОРЫХ И ОБРАЗУЮТСЯ ЧЕТЫРЕ ГРУППЫ КРОВИ. КАЖДОЙ ГРУППЕ ДАНО УСЛОВНОЕ ОБОЗНАЧЕНИЕ: **0 (I), A (II), B (III), AB (IV).**

4.9 ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК.

Наиболее часто шок возникает в результате тяжелых обширных повреждений, сопровождающихся кровопотерей. Предрасполагающими моментами к развитию травматического шока являются нервное и физическое переутомление, охлаждения, радиационные поражения. Травматический шок может возникнуть при повреждениях, не сопровождающихся большим кровотечением, особенно если травмированы наиболее чувствительные, так называемые рефлексогенные зоны (грудная полость, череп, брюшная полость, промежность).

В ТЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ВЫДЕЛЯЮТ ДВЕ ФАЗЫ.

ПЕРВАЯ ФАЗА - эректильная - возникает в момент травмы, резкое возбуждение нервной системы.
ВТОРАЯ ФАЗА – торпидная (фаза торможения), угнетение деятельности нервной системы, сердца, легких, печени, почек.

ВТОРАЯ ФАЗА ШОКА ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА ЧЕТЫРЕ СТЕПЕНИ:

ШОК I СТЕПЕНИ (ЛЕГКИЙ). Пострадавший бледен, сознание, как правило, ясное, иногда легкая заторможенность, рефлексы снижены, одышка. ПУЛЬС УЧАЩЕН, 90-100 УДАРОВ В МИНУТУ.
ШОК II СТЕПЕНИ (СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ). Выраженная заторможенность, вялость. ПУЛЬС 120-140 УДАРОВ В МИНУТУ.
ШОК III СТЕПЕНИ (ТЯЖЕЛЫЙ). Сознание сохранено, но окружающее он не воспринимает. Кожные покровы землисто-серого цвета покрыты холодным липким потом, выражена синюшность губ, носа и кончиков пальцев. ПУЛЬС 140-160 УДАРОВ В МИНУТУ.
ШОК IV СТЕПЕНИ (ПРЕДАГОНИЯ ИЛИ АГОНИЯ). Сознание отсутствует. Пульс не определяется.

4.10. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ШОКЕ.

При шоке первая помощь тем эффективней, чем раньше она оказана. Она должна быть направлена на устранение причин шока (СНЯТИЕ ИЛИ УМЕНЬШЕНИЕ БОЛЕЙ, ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ, ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ УЛУЧШЕНИЕ ДЫХАНИЯ И СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ОБЩЕЕ ОХЛАЖДЕНИЕ).
Уменьшение болей достигается приданием больному или поврежденной конечности положения, при котором меньше условий для усиления болей, поведением надежной иммобилизации поврежденной части тела, дачей обезболивающих.
При отсутствии обезболивающих пострадавшему можно дать выпить немного (20-30 мл) спирта, водки.
Следующей важнейшей задачей первой помощи является организация скорейшей транспортировки пострадавшего в стационар. Лучше всего транспортировать в специальной реанимационной машине, в которой можно проводить эффективные мероприятия.
Следует помнить, что шок легче предупредить, чем лечить, поэтому при оказании первой помощи получившему травму необходимо выполнять

СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ШОКА.

УМЕНЬШЕНИЕ БОЛЕЙ.
ДАЧА ВНУТРЬ ЖИДКОСТИ.
СОГРЕВАНИЕ.
СОЗДАНИЕ ПОКОЯ И ТИШИНЫ ВОКРУГ ПОСТРАДАВШЕГО.
БЕРЕЖНАЯ ТРАНСПОРТИРОВКА В ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ.

ВНИМАНИЕ! БОРЬБА С ШОКОМ ПРИ НЕ ОСТАНОВЛЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ НЕЭФФЕКТИВНА, ПОЭТОМУ НЕОБХОДИМО БЫСТРЕЕ ОСТАНОВИТЬ КРОВОТЕЧЕНИЕ - НАЛОЖИТЬ ЖГУТ, ДАВЯЩУЮ ПОВЯЗКУ И ДР.

5. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УШИБАХ, РАСТЯЖЕНИИ СВЯЗОК И ВЫВИХАХ.

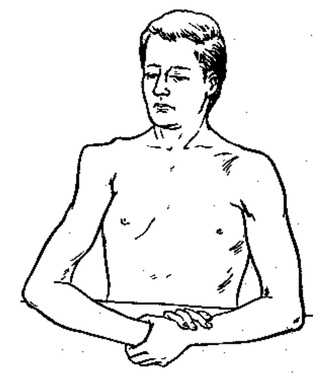
5.1. УШИБ.

На месте ушиба быстро появляется припухлость, возможен и кровоподтек (синяк). При разрыве крупных сосудов под кожей могут образоваться скопления крови (гематомы). ПРИ УШИБЕ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НЕОБХОДИМО СОЗДАТЬ ПОКОЙ ПОВРЕЖДЕННОМУ ОРГАНУ. НА ОБЛАСТЬ УШИБА НЕОБХОДИМО НАЛОЖИТЬ ДАВЯЩУЮ ПОВЯЗКУ, ПРИДАТЬ ЭТОЙ ОБЛАСТИ ТЕЛА ВОЗВЫШЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, ЧТО СПОСОБСТВУЕТ ПРЕКРАЩЕНИЮ ДАЛЬНЕЙШЕГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ В МЯГКИЕ ТКАНИ. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛЕЙ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ К МЕСТУ УШИБА ПРИКЛАДЫВАЮТ ХОЛОД - ПУЗЫРЬ СО ЛЬДОМ, ХОЛОДНЫЕ КОМПРЕССЫ.

5.2. РАСТЯЖЕНИЯ И РАЗРЫВЫ СВЯЗОК.

Растяжение характеризуется появлением резких болей, быстрым развитием отека в области травмы и значительным нарушением функций суставов. ПРИ РАСТЯЖЕНИИ СВЯЗОК РЕЖДЕ ВСЕГО НАКЛАДЫВАЮТ ПОВЯЗКУ, ФИКСИРУЮЩУЮ СУСТАВ. ПРИ РАЗРЫВЕ СУХОЖИЛИЙ, СВЯЗОК ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СОЗДАНИИ БОЛЬНОМУ ПОЛНОГО ПОКОЯ, НАЛОЖЕНИИ ТУГОЙ ПОВЯЗКИ НА ОБЛАСТЬ ПОВРЕЖДЕННОГО СУСТАВА.

Повреждение сустава, при котором происходит смещение соприкасающихся в его полости суставных концов костей с выходом одной из них через разрыв из полости сустава в окружающие ткани, называется вывихом.



5.3. ВЫВИХИ.

Симптома ми вывиха являются боль в конечности, резкая деформация (западение) области, отсутствие активных и невозможность пассивных движений в суставе, фиксация конечностей в неестественном положении, не поддающемся исправлению, изменение длины конечности, чаще ее укорочение. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ: ХОЛОД НА ОБЛАСТЬ ПОВРЕЖДЕННОГО СУСТАВА, ПРИМЕНЕНИЕ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ СРЕДСТВ, ИММОБИЛИЗАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ В ТОМ ПОЛОЖЕНИИ, КОТОРОЕ ОНА ПРИНЯЛА ПОСЛЕ ТРАВМЫ.

ВНИМАНИЕ! ВПРАВЛЕНИЕ ВЫВИХА - ВРАЧЕБНАЯ ПРОЦЕДУРА. НЕ СЛЕДУЕТ ПЫТАТЬСЯ ВПРАВИТЬ ВЫВИХ, ТАК КАК ИНОГДА ТРУДНО УСТАНОВИТЬ, ВЫВИХ ЭТО ИЛИ ПЕРЕЛОМ, ТЕМ БОЛЕЕ ЧТО ВЫВИХИ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЮТСЯ ТРЕЩИНАМИ И ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ.

6. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ.

Переломом называется нарушение целости кости. ПЕРЕЛОМЫ ДЕЛЯТСЯ НА ЗАКРЫТЫЕ (БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖИ) И ОТКРЫТЫЕ, ПРИ КОТОРЫХ ИМЕЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ КОЖИ В ЗОНЕ ПЕРЕЛОМА. Переломы бывают разнообразной формы: ПОПЕРЕЧНЫЕ, КОСЫЕ, СПИРАЛЬНЫЕ, ПРОДОЛЬНЫЕ. Для перелома характерны: резкая боль, усиливающаяся при любом движении и нагрузке на конечность, изменение положения и формы конечности, нарушении ее функции (невозможность пользоваться конечностью), появление отечности и кровоподтека в зоне перелома, укорочение конечности, патологическая (ненормальная) подвижность кости.

6.1. ОСНОВНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

СОЗДАНИЕ НЕПОДВИЖНОСТИ КОСТЕЙ В ОБЛАСТИ ПЕРЕЛОМА.
ПРОВЕДЕНИЕ МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА БОРЬБУ С ШОКОМ ИЛИ НА ЕГО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ.
ОРГАНИЗАЦИЯ НЕМЕДЛЕННОЙ ДОСТАВКИ ПОСТРАДАВШЕГО В ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ.

Быстрое создание неподвижности костей в области перелома – иммобилизация уменьшает боль и является главным моментом в предупреждении шока. Иммобилизация конечности достигается наложением транспортных шин или шин из подручного твердого материала.

ВНИМАНИЕ! НАЛОЖЕНИЕ ШИНЫ НУЖНО ПРОВОДИТЬ НЕПОСРЕДСТВЕННО НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ И ТОЛЬКО ПОСЛЕ ЭТОГО ТРАНСПОРТИРОВАТЬ БОЛЬНОГО.

ПРИ ОТКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ перед иммобилизацией конечности необходимо наложить асептическую повязку. При кровотечении из раны должны быть применены способы временной остановки кровотечения (давящая повязка, наложение жгута и др.).

Иммобилизацию верхней (нижней) конечности удобней осуществлять с помощью транспортной шины Дитерихса, верхнелестничной шины Крамера или пневматической шины. Если транспортных шин нет, иммобилизацию следует проводить при помощи импровизированных шин из любых подручных материалов. При отсутствии подсобного материала иммобилизацию следует провести путем прибинтовывания поврежденной конечности к здоровой части тела: верхней конечности - к туловищу при помощи бинта или ко-







сынки, нижней - к здоровой ноге.

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ НАДО СОБЛЮДАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРАВИЛА:

ШИНЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАДЕЖНО ЗАКРЕПЛЕНЫ, ХОРОШО ФИКСИРОВАТЬ ОБЛАСТЬ ПЕРЕЛОМА.
ШИНУ НЕЛЬЗЯ НАКЛАДЫВАТЬ НЕПОСРЕДСТВЕННО НА ОБНАЖЕННУЮ КОНЕЧНОСТЬ, ПОСЛЕДНЮЮ ПРЕДВАРИТЕЛЬНО НАДО ОБЛОЖИТЬ ВАТОЙ ИЛИ КАКОЙ-НИБУДЬ ТКАНЬЮ.
СОЗДАВАЯ НЕПОДВИЖНОСТЬ В ЗОНЕ ПЕРЕЛОМА, НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ ФИКСАЦИЮ ДВУХ СУСТАВОВ ВЫШЕ И НИЖЕ МЕСТА ПЕРЕЛОМА (НАПРИМЕР, ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ГОЛЕНИ ФИКСИРУЮТ ГОЛЕНОСТОПНЫЙ И КОЛЕННЫЙ СУСТАВ) В ПОЛОЖЕНИИ, УДОБНОМ ДЛЯ БОЛЬНОГО И ДЛЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ.
ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА СЛЕДУЕТ ФИКСИРОВАТЬ ВСЕ СУСТАВЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ (КОЛЕННЫЙ, ГОЛЕНОСТОПНЫЙ ТАЗОБЕДРЕННЫЙ).

Профилактика шока и других общих явлений во многом обеспечивается правильно произведенной фиксацией поврежденных костей.

6.2 НОРМАТИВ № 7 – НАЛОЖЕНИЕ НА ПЛЕЧО И ПРЕДПЛЕЧЬЕ ШИНЫ ИЗ ПОДРУЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ.

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: при наложении шины на плечо «раненый» сидит на земле, а обучаемый работает в удобном для себя положении. Шина накладывается на обмундирование (время подгонки шины входит в норматив, предварительного наложения повязки не требуется, шина находится рядом с обучаемым). По команде: «ШИНУ НА ПЛЕЧО (ПРЕДПЛЕЧЬЕ) НАЛОЖИТЬ!» обучаемый накладывает шину. Выполнение норматива заканчивается подвешиванием руки на косынку (бинт, ремень).

Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
Наложение шины из подручных материалов ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ПЛЕЧА.	Сделать отломки плечевой кости неподвижными (иммобилизировать их), придать верхней конечности неподвижное положение.	1. Согнуть руку в локтевом суставе под прямым углом, ладонь к животу, пальцы полусогнуты. 2. В подмышечную впадину положить комок ваты (можно свернуть валиком пилотку) который укрепить бинтом через надплечье здоровой руки. 3. Шину отмоделировать по размерам и контурам поврежденной руки (на здоровой руке) так, чтобы она начиналась от плечевого сустава здоровой стороны и проходила через спину по надлопаточной области (больной стороны), а затем по задненаружной поверхности плеча и предплечья и заканчивалась у основания пальцев, т.е. захватывала всю конечность. 4. Шину прибинтовать к руке и частично к туловищу с помощью колосовидной повязки (норматив№ 3). 5. Подвесить руку на косынке (ремне) или прибинтовать к туловищу.	Солдаты	3.15	3.45	4.15
Ошибки Снижающие оценку	На один балл	1. Шина недостаточно подогнана. 2. При наложении шины неосторожное обращение с поврежденной конечностью. 3. Шина недостаточно зафиксирована. 4. Нарушена последовательность при наложении шины.				
	До «неудовлетворительно»	1. Наложенная шина не дает необходимой иммобилизации раненой конечности.				

Наложение шины из подручных материалов при переломе костей ПРЕДПЛЕЧЬЯ.	Сделать отломки кости предплечья неподвижными (иммобилизировать их), придать верхней конечности неподвижное положение.	1. Подогнать и отмоделировать шину так, чтобы она верхним концом доходил верхней трети плеча, а нижним – до кончиков пальцев. 2. Согнуть руку в локтевом суставе под прямым углом ладонью к животу, пальцы должны быть полусогнуты. 3. Наложить шину по наружной поверхности предплечья и по наружной задней поверхности плеча. 4. Прибинтовать шину к руке, а забинтованную руку подвесить на косынке или ремне.	Солдаты	2.40	3.10	3.40
Ошибки Снижающие оценку	На один балл	1. Шина недостаточно подогнана. 2. При наложении шины неосторожное обращение с поврежденной конечностью. 3. Шина недостаточно зафиксирована. 4. Нарушена последовательность при наложении шины.				
	До «неудовлетворительно»	Наложенная шина не дает необходимой иммобилизации раненой конечности.				

6.3 НОРМАТИВ № 8 – НАЛОЖЕНИЕ НА НИЖНЮЮ КОНЕЧНОСТЬ ШИНЫ КРАМЕРА.

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: при наложении шины на нижнюю конечность «раненый» лежит на земле, а обучаемый работает в удобном для себя положении. Шина накладывается на обмундирование, время подгонки шины входит в норматив, предварительного наложения повязки не требуется, шина находится рядом с обучаемым. По команде: «ШИНУ КРАМЕРА НАЛОЖИТЬ!» обучаемый накладывает шину

Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
Наложение шины на БЕДРО И ГОЛЕНЬ.	Сделать отломки бедренной кости неподвижными (иммобилизировать их), придать нижней конечности неподвижное положение.	1. Одну шину положить снаружи нижней конечности так, чтобы она верхним концом упиралась в подмышечную впадину, а нижним выступала несколько за подошву. 2. Вторую, более короткую шину, положить по внутренней поверхности так, чтобы ее верхний конец упирался в промежность, а нижний выступал за подошву. 3. Под верхние концы шины и в область суставов подложить вату. 4. Прибинтовать шины к ноге, а верхнюю часть наружной шины к туловищу. 5. При переломе костей голени дополнительно к шине Крамера накладывают две боковые фанерные шины.	Солдаты	4.10	4.40	5.10
Ошибки Снижающие оценку	На один балл	1. Шина недостаточно подогнана. 2. При наложении шины неосторожное обращение с поврежденной конечностью. 3. Шина недостаточно зафиксирована. 4. Нарушена последовательность при наложении шины.				
	До «неудовлетворительно»	Наложенная шина не дает необходимой иммобилизации раненой конечности.				

6.4. ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕРЕПА И МОЗГА.

Наибольшую опасность при ушибах головы представляют повреждения мозга. Выделяют следующие повреждения мозга: СОТРЯСЕНИЕ, УШИБ (КОНТУЗИЯ), И СДАВЛИВАНИЕ.
Для травмы мозга характерны общемозговые симптомы: головокружение, головная боль, тошнота и рвота.
Наиболее часто встречаются сотрясения головного мозга. Основные симптомы: потеря сознания (от нескольких минут до суток и более) и ретроградная амнезия - пострадавший не может вспомнить событий, которые предшествовали травме. При ушибе и сдавливании мозга появляются симптомы очагового поражения: НАРУШЕНИЯ РЕЧИ, ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, ДВИЖЕНИЙ КОНЕЧНОСТИ, МИМИКИ И Т. Д.



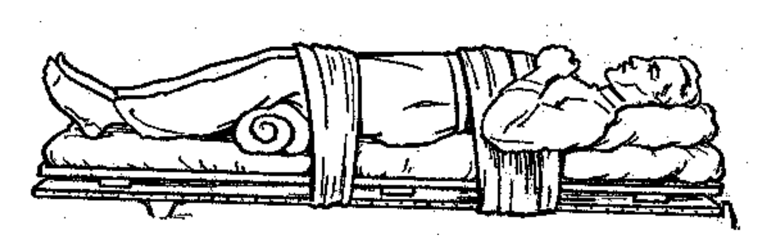
Первая помощь заключается в создании покоя. Пострадавшему придают горизонтальное положение. К голове прикладывают пузырь со льдом или ткань, смоченную холодной водой. Если пострадавший без сознания, необходимо очистить полость рта от слизи, рвотных масс, уложить его в фиксированно-стабилизированное положение.

Это обеспечивает хорошую иммобилизацию головы и предупреждает развитие асфиксии от западения языка и аспирации рвотными массами.

Перед транспортировкой пострадавших с повреждением челюстей следует произвести иммобилизацию челюстей: при переломах нижней челюсти - путем наложения пращевидной повязки, при переломах верхней - введением между челюстями полоски фанеры или линейки и фиксацией ее к голове.

ВНИМАНИЕ! ТРАНСПОРТИРОВКУ ПОСТРАДАВШИХ В СОЗНАНИИ С РАНЕНИЯМИ ГОЛОВЫ, ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ НА НОСИЛКАХ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ. ТРАНСПОРТИРОВКУ ПОСТРАДАВШИХ В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ В ПОЛОЖЕНИИ НА БОКУ.

6.5. ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА.



Перелом позвоночника - чрезвычайно тяжелая травма. Признаком ее является сильнейшая боль в спине при малейшем движении. Пострадавшему необходимо создать покой, уложив его на ровную твердую поверхность - деревянный щит, доски. Эти же предметы используют для транспортной иммобилизации. ПРИ ОТСУТСТВИИ ДОСКИ И В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ТРАНСПОРТИРОВКА ПОСТРАДАВШЕГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА НОСИЛКАХ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА ЖИВОТЕ.

ВНИМАНИЕ! КАТЕГОРИЧЕСКИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ ПОСТРАДАВШЕГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА САЖАТЬ И СТАВИТЬ НА НОГИ.

6.6. ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ТАЗА.

Перлом костей таза - одна из наиболее тяжелых костных травм, часто сопровождается повреждением внутренних органов и тяжелым шоком. БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ УЛОЖИТЬ НА РОВНУЮ ТВЕРДУЮ ПОВЕРХНОСТЬ, НОГИ СОГНУТЬ В КОЛЕННЫХ И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ, БЕДРА НЕСКОЛЬКО РАЗВЕСТИ В СТОРОНЫ (ПОЛОЖЕНИЕ ЛЯГУШКИ), ПОД КОЛЕНИ ПОЛОЖИТЬ ТУГОЙ ВАЛИК ИЗ ПОДУШКИ, ОДЕЯЛА, ШИНЕЛИ, СЕНА И Т. Д. ВЫСОТОЙ 25-30 СМ.

7. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СДАЛИВАНИИ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Синдром возникает в результате длительного сдавливания конечности тяжелым предметом. Позиционное сдавливание может быть при длительном (более 6 часов) нахождении пострадавшего на твердой поверхности в одном положении. Синдром может возникать у пострадавших с повреждением костей, суставов и внутренних органов.

7.1. СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА СЖАТИЯ.

КРАЙНЕ ТЯЖЕЛАЯ, НАПРИМЕР, ПРИ СДАВЛИВАНИИ ОБЕИХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ БОЛЕЕ 6 ЧАСОВ.
СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, ПРИ СДАВЛИВАНИИ ТОЛЬКО ГОЛЕНИ ИЛИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В ТЕЧЕНИЕ 6 ЧАСОВ.
ЛЕГКАЯ, ПРИ СДАВЛИВАНИИ НЕБОЛЬШИХ УЧАСТКОВ ТЕЛА В ТЕЧЕНИЕ 3-6 ЧАСОВ.

Признаками сжатия могут быть следующие состояния пострадавшего: РУКА ИЛИ НОГА ХОЛОДНЫЕ НА ОЩУПЬ, БЛЕДНЫЕ С СИНЮШНЫМ ОТТЕНКОМ, БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ РЕЗКО СНИЖЕНЫ ИЛИ ОТСУТСТВУЮТ. ПОЗДНЕЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОТЕК И НЕСТЕРПИМАЯ БОЛЬ; МОЧА ЛАКОВО КРАСНОГО ЦВЕТА.
Если конечность не освобождена от сдавливания, то общее состояние пострадавшего может быть удовлетворительным.

ВНИМАНИЕ! ОСВОБОЖДЕНИЕ КОНЕЧНОСТИ БЕЗ НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ РЕЗКОЕ УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО, С ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ, НЕПРОИЗВОЛЬНЫМ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ.



Основной задачей первой помощи при сдавливании является организация мер по извлечению пострадавших из под обрушившихся на него тяжестей. СРАЗУ ПОСЛЕ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ТЯЖЕСТЕЙ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПОСТУПЛЕНИЯ В КРОВЬ ЯДОВИТЫХ ПРОДУКТОВ РАСПАДА ИЗ ПОВРЕЖДЕННЫХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ, НА ПОВРЕЖДЕННЫЕ КОНЕЧНОСТИ НЕОБХОДИМО НАЛОЖИТЬ ЖГУТЫ КАК МОЖНО БЛИЖЕ К ОСНОВАНИЮ, КАК ПРИ ОСТАНОВКЕ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ, ЗАТЕМ ОБЛОЖИТЬ КОНЕЧНОСТИ ПУЗЫРЯМИ СО ЛЬДОМ, СНЕГОМ ИЛИ ТКАНЬЮ, СМОЧЕННОЙ ХОЛОДНОЙ ВОДОЙ.
Поврежденные конечности иммобилизуют с помощью шин. У пострадавших часто в момент травмы развивается тяжелое общее состояние - шок. Для борьбы с шоком и для его профилактики ПОСТРАДАВШЕГО СЛЕДУЕТ ТЕПЛО УКРЫТЬ, МОЖНО ДАТЬ НЕМНОГО СПИРТНОГО ИЛИ ГОРЯЧЕГО КОФЕ, ЧАЯ. ПРИ ВОЗМОЖНОСТИ - ВВЕСТИ СЕРДЕЧНЫЕ СРЕДСТВА ИЛИ НАРКОТИК (МОРФИН, ОМНОПОН - 1 МЛ 1-ПРОЦЕНТНОГО РАСТВОРА). ПОСТРАДАВШИЙ ПОДЛЕЖИТ НЕМЕДЛЕННОЙ ТРАНСПОРТИРОВКЕ В ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА.

7.2. НОРМАТИВ № 13 – ИЗВЛЕЧЕНИЕ ИЗ ПОВРЕЖДЕННЫХ ПОМЕЩЕНИЙ И ЗАВАЛОВ С ПОМОЩЬЮ САНИТАРНОЙ ЛЯМКИ.

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: «раненый» находится в заглубленном сооружении глубино1 1,5-2 метра. Обучаемые вдвоем по команде «ИЗВЛЕЧЬ РАНЕННОГО ИЗ ЗАВАЛА!» осуществляют извлечение «раненого» одним из известных им способов.

Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
ИЗВЛЕЧЕНИЕ ИЗ ПОВРЕЖДЕННЫХ СООРУЖЕНИЙ И ЗАВАЛОВ С ПОМОЩЬЮ САНИТАРНОЙ ЛЯМКИ	Извлечь «раненого» из поврежденного сооружения или завала с помощью санитарной лямки, одним из способов, известных обучаемым.	1. Извлечение проводит расчет (бригада) из двух «санитаров» с помощью специальной санитарной лямки.	Солдаты	2.25	2.40	2.55
Ошибки Снижающие оценку	До «неудовлетворительно»	1. Дополнительно травмирован «раненый» при извлечении				

8. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ И ОТМОРОЖЕНИЯХ.

8.1. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖЕГАХ.

Ожог - поражение тканей, возникшее от местного теплового, химического, электрического или радиационного воздействия. Различают четыре степени ожога:

ОЖОГ 1 СТЕПЕНИ (ЭРИТЕМА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОКРАСНЕНИЕМ КОЖИ, ОТЕЧНОСТЬЮ И БОЛЬЮ.
ОЖОГ 2 СТЕПЕНИ (ОБРАЗОВАНИЕ ПУЗЫРЕЙ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ БОЛЕЕ РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ РЕАКЦИИ.
ОЖОГ 3 СТЕПЕНИ (НЕКРОЗ) ВЫЗЫВАЕТ ОМЕРТВЕНИЕ ВСЕХ СЛОЕВ КОЖИ.
ОЖОГ 4 СТЕПЕНИ (ОБУГЛИВАНИЕ) ВОЗНИКАЕТ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ТКАНИ ОЧЕНЬ ВЫСОКИХ ТЕМПЕРАТУР.

Первая помощь должна быть направлена на прекращение воздействия высокой температуры на пострадавшего: следует погасить пламя на одежде, удалить пострадавшего из зоны высокой температуры, снять с поверхности тела тлеющую и резко нагретую одежду. ОТРЫВАТЬ ОДЕЖДУ ОТ КОЖИ НЕЛЬЗЯ; ЕЕ ОБРЕЗАЮТ ВОКРУГ ОДЕЖДЫ И НАКЛАДЫВАЮТ АСЕПТИЧЕСКУЮ ПОВЯЗКУ ПОВЕРХ ОСТАВШЕЙСЯ ЧАСТИ ОДЕЖДЫ. Наложение сухой асептической повязки предупреждает инфицирование ожоговой поверхности.

ВНИМАНИЕ! НЕ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ ПРОМЫВАНИЕ КАКОЙ-ЛИБО ОБЛАСТИ ОЖОГА, ПРИКАСАТЬСЯ К ОБОЖЖЕННОМУ МЕСТУ РУКАМИ, ПРОИЗВОДИТЬ ПРОКАЛЫВАНИЕ ПУЗЫРЕЙ, ОТРЫВАТЬ ПРИЛИПШИЕ К МЕСТУ ОЖОГА ЧАСТИ ОДЕЖДЫ, А ТАКЖЕ СМАЗЫВАТЬ ОЖОГОВУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ЖИРОМ (ВАЗЕЛИН, ЖИВОТНОЕ ИЛИ РАСТИТЕЛЬНОЕ МАСЛО И ДР.) И ПРИСЫПАТЬ ПОРОШКОМ.

ПОСТРАДАВШЕГО НЕОБХОДИМО УЛОЖИТЬ В ПОЛОЖЕНИЕ, ПРИ КОТОРОМ МЕНЬШЕ ВСЕГО БЕСПОКОЯТ БОЛИ, ТЕПЛО УКРЫТЬ, ДАТЬ ВЫПИТЬ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ. ПРИ ОБШИРНЫХ ОЖОГАХ ПОСТРАДАВШЕГО ЛУЧШЕ ЗАВЕРНУТЬ В ЧИСТУЮ ПРОГЛАЖЕННУЮ ПРОСТЫНЮ.
Химические ожоги возникают от воздействия на тело концентрированных кислот (соляная, серная, азотная, уксусная) и щелочей (едкое кали и едкий натр, нашатырный спирт, негашеная известь), фосфора и некоторых солей тяжелых металлов (серебра нитрат, цинка хлорид и др.).

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ЗАВИСИТ ОТ ВИДА ХИМИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА. ПРИ ОЖОГАХ КОНЦЕНТРИРОВАННЫМИ КИСЛОТАМИ ПОВЕРХНОСТЬ ОЖОГА НЕОБХОДИМО В ТЕЧЕНИЕ 15-20 МИН. ОБМЫВАТЬ СТРУЕЙ ХОЛОДНОЙ ВОДЫ. ОБРАБОТАВ ОБОЖЖЕННУЮ ПОВЕРХНОСТЬ НАДО НАЛОЖИТЬ АСЕПТИЧЕСКУЮ ПОВЯЗКУ.
При ожогах, вызванных фосфором, необходимо обожженную часть тела погрузить в воду, под водой удалить кусочки фосфора палочкой, ватой и др. Затем поверхность ожога закрыть стерильной сухой повязкой.

8.2. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ.

При длительном воздействии холода, особенно в неблагоприятных условиях (усталость, истощение, тесная обувь, опьянение) возникает специфическое повреждение тканей. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБМОРОЖЕНИЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ ПАЛЬЦЫ РУК И НОГ, НОС, УШИ, СТОПЫ НОГ.
Отморожение обусловлено реакцией сосудов на холод, вследствие которого стенки сосудов сужаются, что приводит к прекращению кровообращения и образованию тромбов. В итоге возникают тканевый некроз и гангрена.

РАЗЛИЧАЮТ ЧЕТЫРЕ СТЕПЕНИ ОТМОРОЖЕНИЯ.

I СТЕПЕНЬ – НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ КОЖИ БЕЗ НЕОБРАТИМЫХ ЕЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ.
II СТЕПЕНЬ – НЕКРОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ СЛОЕВ КОЖИ ДО МУЛЬПИГИЕВА СЛОЯ.
III СТЕПЕНЬ – СПЛОШНОЙ НЕКРОЗ КОЖИ И ПОДКОЖНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ.
VI СТЕПЕНЬ – ОМЕРТВЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И КОСТЕЙ.

При отморожении пораженная область имеет бледно-синюшную окраску с темными пузырями (при отморожении II степень и выше), холодна на ощупь. Болевая и термическая чувствительность отсутствует.
ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ДОЛЖНА ЗАКЛЮЧАТЬСЯ В СОГРЕВАНИИ ПОСТРАДАВШЕГО И ОСОБЕННО ОТМОРОЖЕННОГО УЧАСТКА В ТЕПЛОЙ ВАННЕ, МЫТЬЕ НОГ)РУК) С МУЛОМ И ПРОВЕДЕНИИ НЕЖНОГО МАССАЖА. ПОСТРАДАВШЕМУ ДАЮТ ВЫПИТЬ ГОРЯЧИЕ НАПИТКИ. ПОСЛЕ ВОЗОБНОВЛЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ КОЖУ ОБРАБАТЫВАЮТ СПИРТОМ И НАКЛАДЫВАЮТ НА ОТМОРОЖЕННЫЙ УЧАСТОК АСЕПТИЧЕСКУЮ УТЕПЛЕННУЮ ПОВЯЗКУ. Всех пострадавших, за исключением пострадавших с I степенью отморожения госпитализируют.

9. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ.

9.1. ЭЛЕКТРОТРАВМА И ПОРАЖЕНИЕ МОЛНИЕЙ.

ПОВРЕЖДЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ОТ ДЕЙСТВИЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА БОЛЬШОЙ СИЛЫ ИЛИ МОЛНИИ - РАЗРЯДА АТМОСФЕРНОГО ЭЛЕКТРИЧЕСТВА, НАЗЫВАЮТСЯ ЭЛЕКТРОТРАВМОЙ. Электротравма вызывает местные и общие нарушения в организме. МЕСТНЫЕ - ПРОЯВЛЯЮТСЯ ОЖОГАМИ ТКАНИ. БОЛЕЕ ОПАСНЫ ОБЩИЕ ЯВЛЕНИЯ: ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ, СНИЖЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, ОСТАНОВКА ДЫХАНИЯ, ГЛУБОКОЕ УГНЕТЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПАРАЛИЧИ.

ВНИМАНИЕ! НЕОБХОДИМО НЕМЕДЛЕННО ПРЕКРАТИТЬ ДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА НА ПОСТРАДАВШЕГО. ПРИКОСНОВЕНИЕ К ПОСТРАДАВШЕМУ НЕЗАЩИЩЕННЫМИ РУКАМИ ПРИ НЕ ОТКЛЮЧЕННЫХ ПРОВОДАХ ОПАСНО.

МЕСТНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЛЕДУЕТ ОБРАБОТАТЬ И ЗАКРЫТЬ ПОВЯЗКОЙ, КАК ПРИ ОЖОГАХ. ВСЕ ЛИЦА, ИМЕЮЩИЕ ЭЛЕКТРОТРАВМУ, ПОДЛЕЖАТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ.
При тяжелых общих явлениях, сопровождающихся расстройством или остановкой дыхания, ЕДИНСТВЕННО ДЕЙСТВЕННОЙ МЕРОЙ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ НЕМЕДЛЕННОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ, ИНОГДА В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ЧАСОВ ПОДРЯД. При работающем сердце искусственное дыхание быстро улучшает состояние больного, кожные покровы приобретают естественную окраску.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА ДОЛЖНА БЫТЬ НАЧАТА КАК МОЖНО РАНЬШЕ. ОНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ОДНОВРЕМЕННОМ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ И НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА С ЧАСТОТОЙ 60-70 РАЗ В МИНУТУ. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАССАЖА СУДЯТ ПО ПОЯВЛЕНИЮ ПУЛЬСА НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ.

9.2. УТОПЛЕНИЕ И УДУШЕНИЕ.

Не полное поступление кислорода в легкие называется асфиксией. Терминальное состояние при этом наступает быстро, в течение 2-3 мин. Асфиксия может наступить в результате сдавливания воздухоносных путей. Сдавливание гортани и трахеи называется удушением, заполнение воздухоносных путей водой – утоплением. Асфиксия возникает и при заполнении дыхательных путей слизью, рвотными массами, землей, в результате закрытие входа в гортань инородным телом или языком, паралича дыхательного центра от действия токсических веществ или прямой травмы головного мозга.

ПРИ ИЗВЛЕЧЕНИИ УТОПАЮЩЕГО ИЗ ВОДЫ НЕОБХОДИМО БЫТЬ ОСТОРОЖНЫМ. ПОДПЛЫВАТЬ К НЕМУ СЛЕДУЕТ СЗАДИ. СХВАТИВ ЗА ВОЛОСЫ ИЛИ ПОДМЫШКИ, НУЖНО ПЕРЕВЕРНУТЬ УТОПАЮЩЕГО ВВЕРХ ЛИЦОМ И ПЛЫТЬ К БЕРЕГУ, НЕ ДАВАЯ ЕМУ ЗАХВАТИТЬ СЕБЯ.

ВНИМАНИЕ! ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ ДОЛЖНО НАЧАТЬСЯ НЕМЕДЛЕННО ПОСЛЕ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ЕГО ИЗ ВОДЫ.

Пострадавшего кладут животом на согнутое колено оказывающего помощь таким образом, чтобы голова была ниже грудной клетки, и любым куском материи удаляют из полости рта и глотки воду, рвотные массы, водоросли. Затем несколькими энергичными движениями, сдавливающими грудную клетку, стараются удалить воду из трахеи и бронхов. Если немедленно не приступить к оказанию первой помощи пострадавшему, то ПАРАЛИЧ ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ 4 - 5 МИН. СЕРДЕЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРЕКРАТИТЬСЯ ЧЕРЕЗ 15 МИН. После освобождения воздухоносных путей от воды пострадавшего укладывают на ровную поверхность и при отсутствии дыхания приступают к искусственному дыханию одним из известных способов с ритмом 16-20 раз в минуту. При отсутствии сердечной деятельности одновременно необходимо проводить наружный массаж сердца. Для большей эффективности искусственного дыхания надо освободить пострадавшего от стесняющей одежды. ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ И НАРУЖНЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДЛИТЕЛЬНО, В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ЧАСОВ, ДО ТЕХ ПОР, ПОКА НЕ ВОССТАНОВИТСЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ, НОРМАЛЬНАЯ СЕРДЕЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ИЛИ ЖЕ НЕ ПОЯВЯТСЯ НЕСОМНЕННЫЕ ПРИЗНАКИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ.

АНАЛОГИЧНО ОКАЗЫВАЮТ ПЕРВУЮ ПОМОЩЬ ПРИ УДУШЕНИИ.

10. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОТРАВЛЯЮЩИМИ И ОПАСНЫМИ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ.

В настоящее время во многих областях деятельности человека широко используются сильнодействующие ядовитые вещества (СДЯВ), способные вызывать массовые поражения людей при авариях, сопровождаемых их выбросами (утечкой), а в во время военных действий и терактов их целевым применением.

10.1. ОТРАВЛЯЮЩИЕ ВЕЩЕСТВА И СДЯВ ДЕЛЯТСЯ НА ГРУППЫ:

ВЕЩЕСТВА, ДЕЙСТВУЮЩИЕ НА ГЕНЕРАЦИЮ И ПЕРЕДАЧУ НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА - НЕЙРОННЫЕ ЯДЫ (сероуглерод, фосфорорганические соединения). В эту группу входят боевые ОВ нервно-паралитического действия (НПД). Это самые токсичные из известных ОВ.

КОЖНО-НАРЫВНОГО ДЕЙСТВИЯ (трихлортриэтиламин, иприт, а также концентрированные сильные кислоты - плавиковая, фосфорная, серная и др.).

ВЕЩЕСТВА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОБЩЕЯДОВИТОГО (ОБЩЕТОКСИЧЕСКОГО) ДЕЙСТВИЯ: синильная кислота, окись углерода, динитрофенол, анилин, гидразин, окись этилена, метиловый спирт, хлорциан, металлорганические соединения на основе тяжелых металлов, некоторые металлы и их соли - ртуть, кадмий, никель, мышьяк, бериллий и др. Большинство из этих веществ применяется в химической промышленности.

ВЕЩЕСТВА, ОБЛАДАЮЩИЕ УДУШАЮЩИМ И ОБЩЕЯДОВИТЫМ ДЕЙСТВИЕМ (акрилонитрил, сернистый ангидрид, сероводород, этилмеркаптан, оксиды азота).

ВЕЩЕСТВА УДУШАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ (хлор, фосген, хлорпикрин, хлорид серы и др.). Пары аммиака в высоких концентрациях обладают нейронным и удушающим действием.

ВЕЩЕСТВА РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ - хлорпикрин, двуокись серы, аммиак, концентрированные органические кислоты и альдегиды.

ВЕЩЕСТВА, НАРУШАЮЩИЕ ОБМЕН ВЕЩЕСТВ (диоксин, метилхлорид, метилбромид и др.). Особенностью этой группы является отсутствие немедленной реакции на яд. Поражение развивается постепенно, но в тяжелых случаях может привести к смерти.

ВЕЩЕСТВА МУТАГЕНЫ, которые образуются при высокотемпературном разложении без доступа воздуха нефти, угля и пластиков. Они нарушают процесс деления клеток организма и приводят к онкологическим заболеваниям.

ИНСЕКТИЦИДЫ И ПЕСТИЦИДЫ, применяемые в сельском хозяйстве,

которые оказывают общее токсическое и мутагенное действие при попадании на открытые кожные покровы или при вдыхании аэрозоля. Сильной мутагенной активностью обладает окись этилена, производимая в промышленных масштабах.
ВЕЩЕСТВА ПСИХОХИМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ, воздействующие на центральную нервную систему (особо опасны пары сероуглерода, использующегося как растворитель для пластмасс и резин).

ОВ могут быть СТОЙКИЕ (нервно-паралитического и кожно-нарывного действия), которые сохраняют поражающие свойства в течение длительного времени. НЕСТОЙКИЕ (цианистые соединения, фосген), поражающее действие которых сохраняется в течение нескольких минут или десятка минут.

10.2. ПОРАЖЕНИЯ ОВ НЕРВНО - ПАРАЛИТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ.

Путями проникновения ОВ являются кожные покровы, слизистые глаз, дыхательные пути, пищеварительный тракт и раневая поверхность.

РАЗЛИЧАЮТ ТРИ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ ОВ НЕРВНО - ПАРАЛИТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ.

ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ *ПОРАЖЕНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ МАЛЫХ ДОЗ (КОНЦЕНТРАЦИЙ) ОВ. ПОЯВЛЯЕТСЯ СОСТОЯНИЕ НАПРЯЖЕННОСТИ, ЧУВСТВО СТРАХА, ОБЩЕЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ, НАРУШЕНИЕ СНА, БОЛИ В ЛОБНЫХ ПАЗУХАХ, ВИСКАХ И ЗАТЫЛКЕ; ПЛОХАЯ ВИДИМОСТЬ НА РАССТОЯНИИ, ОСЛАБЛЕНИЕ ЗРЕНИЯ В СУМЕРКАХ. РАЗВИВАЕТСЯ МИОЗ (СУЖЕНИЕ ЗРАЧКА), УСИЛИВАЕТСЯ СЕКРЕЦИЯ СЛЮНЫ.*
СРЕДНЯЯ ТЯЖЕСТЬ *ПОРАЖЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЯВЛЕНИЯМИ БРОНХОСПАЗМА, ПОВЫШЕННОЙ ВОЗБУДИМОСТЬЮ, ЗАГРУДИННЫМИ БОЛЯМИ И СОПРОВОЖДАЕТСЯ УДУШЬЕМ, ВСЛЕДСТВИЕ НЕДОСТАТКА ВОЗДУХА. НАРАСТАЕТ СТРАХ, СЛИЗИСТЫЕ СИНЮШНЫ, ВОЗНИКАЕТ МЫШЕЧНАЯ СЛАБОСТЬ, ПОДЕРГИВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ ГРУПП ЛИЦА, ГЛАЗ, ЯЗЫКА.*
ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ *ПОРАЖЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ И РАЗВИТИЕМ СУДОРОГ ВСЕГО ТЕЛА (КОМА, ПАРАЛИЧ ДЫХАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ).*

10.3. ПОРАЖЕНИЯ ОВ КОЖНО-НАРЫВНОГО ДЕЙСТВИЯ.

ОВ проникают в организм через органы дыхания, кожу, глаза, желудочно-кишечный тракт, раневые поверхности, вызывая при этом как местные, так и общие поражения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПОРАЖЕНИЯ ОВ КОЖНО-НАРЫВНОГО ДЕЙСТВИЯ

ЛЕГКИЕ. *ПАРЫ ОВ ВЫЗЫВАЮТ КОНЪЮНКТИВИТ, РИНО-ФАРИНГОЛАРИНГИТ. КАПЕЛЬНОЖИДКИЕ ОВ - ГАСТРИТ.*
ПОРАЖЕНИЯ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. *ПАРЫ ОВ ВЫЗЫВАЮТ - ГНОЙНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ ИЛИ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТ, РИНОФАРИНГОБРОНХИТ, БРОНХИОЛИТ. КАПЕЛЬНОЖИДКИЕ ОВ - СТОМАТИТ, ЭЗОФАГИТ, ГАСТРОЭНТЕРИТ, ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ.*
ТЯЖЕЛЫЕ ПОРАЖЕНИЯ. *ПАРЫ ОВ ВЫЗЫВАЮТ - КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТ С ИЗЪЯЗВЛЕНИЯМИ РОГОВИЦЫ, В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ ОБРАЗУЮТСЯ ЛОЖНЫЕ МЕМБРАНЫ, ВОЗНИКАЕТ БРОНХОПНЕВМОНИЯ, ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ, АТЕЛЕКТАЗЫ, ЭРИТЕМАТОЗНО-БУЛЛЕЗНАЯ ФОРМА ПОРАЖЕНИЯ ОТКРЫТЫХ УЧАСТКОВ КОЖИ И ЭРИТЕМАТОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ОДЕЖДОЙ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ОТЛИЧАЮЩИХСЯ БОЛЬШЕЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ, СТОМАТИТ, ЭЗОФАГИТ, ГАСТРИТ. КАПЕЛЬНОЖИДКИЕ ОВ - ЭЗОФАГИТ, ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТ, ГЕМОРРАГИЧЕСКО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, НЕКРОТИЧЕСКИЙ КЕРАТИТ И ВЫТЕКАНИЕ ГЛАЗА.*

10.4. ПОРАЖЕНИЯ ОВ И СДЯВ ОБЩЕЯДОВИТОГО ДЕЙСТВИЯ.

Эти вещества проникают в организм через органы дыхания и через кожу. Поражение может быть в двух формах.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПОРАЖЕНИЯ

АПОПЛЕКСИЧЕСКАЯ (МОЛНИЕНОСНАЯ), *ПРИ КОТОРОЙ БЕЗ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СМЕРТЬ МОЖЕТ НАСТУПИТЬ ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО МИНУТ;*
ЗАМЕДЛЕННАЯ, *ПРИ КОТОРОЙ СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ РАЗВИВАЮТСЯ ПОСТЕПЕННО.*

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПОРАЖЕНИЯ СИНИЛЬНОЙ КИСЛОТОЙ

ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ - *ЗАПАХ ГОРЬКОГО МИНДАЛЯ, ПОЯВЛЯЕТСЯ ЧУВСТВО СЖАТИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ШЕИ, РЕЗКАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ТОШНОТА, СЛАБОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ.*
СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ - *ТЕ ЖЕ СИМПТОМЫ, НО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ КРАТКОВРЕМЕННАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ.*
ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ - *БЫСТРОЕ НАСТУПЛЕНИЕ СУДОРОЖНОГО И ПАРАЛИТИЧЕСКОГО ПЕРИОДА.*

При поражении другими ОВ общеядовитого действия, в том числе малотоксичными, симптомы могут быть разнообразными и проявляться иногда через длительное время.

10.5. ОТРАВЛЕНИЯ ОКИСЬЮ УГЛЕРОДА.

Окись углерода (угарный газ) не является отравляющим веществом, но она образуется в результате неполного сгорания продуктов, содержащих углерод. ОКИСЬ УГЛЕРОДА ОСОБЕННО ОПАСНА ТЕМ, ЧТО ОНА НЕ ОБЛАДАЕТ РАЗДРАЖАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ И ЕЕ НЕВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ПО ЗАПАХУ, ОНА НЕ ЗАДЕРЖИВАЕТСЯ ФИЛЬТРУЮЩИМИ ПРОТИВОГАЗАМИ.

10.6. ПОРАЖЕНИЯ ОВ И СДЯВ УДУШАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ.

Поражения этими ОВ происходят через органы дыхания. Удушающим действием обладают также некоторые ядовитые вещества - хлор, фтор, окислы азота, триэтиламин, гидразин, проникающие через органы дыхания, вызывая при этом сходную картину поражения фосгеном.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПОРАЖЕНИЯ ОВ И СДЯВ УДУШАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ. *ЧЕЛОВЕК ОЩУЩАЕТ СЛАДКОВАТО-ПРИТОРНЫЙ ЗАПАХ ПРЕЛОГО СЕНА И НЕПРИЯТНЫЙ ПРИВКУС ВО РТУ.*
ПРИ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ *ПОЯВЛЯЕТСЯ РАЗДРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗ, КАШЕЛЬ, ЗАТРУДНЕННОЕ ДЫХАНИЕ, ДАВЛЕНИЕ ЗА ГРУДИНОЙ, ЧУВСТВО ТЕПЛОТЫ, ДАВЛЕНИЯ В ПОДЛОЖЕЧНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТА, ИНОГДА РВОТА, ЦИАНОЗ КОЖИ ЛИЦА И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК.*

При окончании контакта с ОВ симптомы ослабевают или вовсе исчезают. Наступает период скрытого действия. При тяжелой форме период скрытого действия всего несколько десятков минут и развивается выраженный отек легких, смерть может наступить в первые сутки.

10.7. ПОРАЖЕНИЯ ОВ И СДЯВ РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ.

ОВ раздражающего действия вызывают резкое раздражение слизистой оболочки дыхательных путей, сопровождающееся явлениями общей интоксикации. Явления раздражения возникают практически без периода скрытого действия.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПОРАЖЕНИЯ ОВ И СДЯВ РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

ПРИ ЛЕГКОМ ОТРАВЛЕНИИ *ОТМЕЧАЮТСЯ РАЗДРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, УМЕРЕННЫЕ БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ, ЧИХАНЬЕ, ЖЖЕНИЕ В НОСУ И НОСОГЛОТКЕ.*
В СЛУЧАЯХ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ *ДОПОЛНИТЕЛЬНО ВОЗНИКАЮТ РЕЗКОЕ РАЗДРАЖЕНИЕ КОНЪЮНКТИВЫ, СПАЗМ ВЕК, БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, В ЛОБНЫХ ПАЗУХАХ, ЧЕЛЮСТЯХ, ЧИХАНЬЕ СТАНОВИТСЯ НЕУДЕРЖИМЫМ, ОБИЛЬНОЕ ИСТЕЧЕНИЕ СЛИЗИ ИЗ НОСА, СЛЮНОТЕЧЕНИЕ И СЛЕЗОТЕЧЕНИЕ. ЭТИ ЯВЛЕНИЯ ИСЧЕЗАЮТ ЧЕРЕЗ 1-3 ЧАСА, ПОСЛЕ ВЫХОДА ИЗ ЗОНЫ ПОРАЖЕНИЯ, А ЗАТЕМ СТИХАЮТ.*
ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ *ОТРАВЛЕНИЯ, КРОМЕ ЯВЛЕНИЯ РАЗДРАЖЕНИЙ И ВОСПАЛЕНИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ (ЖЖЕНИЕ В ГОРЛЕ, В ГРУДИ) И ГЛАЗ, НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИЗНАКИ ОБЩЕ РЕЗОРБТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ОВ - МЫШЕЧНАЯ СЛАБОСТЬ, РАССТРОЙСТВО ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В ВИДЕ АНЕСТЕЗИИ*

10.8. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОРАЖЕННЫМ ОВ (СДЯВ).

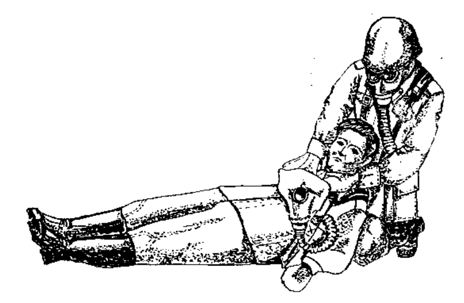
Необходимо использовать содержимое аптечки индивидуальной, где в пенале красного цвета (гнездо 2) содержатся таблетки антидота от против ОВ нервно-паралитического действия.

ОБЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ В ОЧАГЕ ХИМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ:

НАДЕВАНИЕ ПРОТИВОГАЗА, ПРИ ПОПАДАНИИ ОВ НА НЕЗАЩИЩЕННУЮ КОЖУ ЛИЦА (СНАЧАЛА НАДО ОБРАБОТАТЬ КОЖУ СОДЕРЖИМЫМ ИПП И ТОЛЬКО ЗАТЕМ НАДЕТЬ ПРОТИВОГАЗ).
ВВЕДЕНИЕ АНТИДОТА (ПРОТИВОЯДИЯ) ПО ПОКАЗАНИЮ.
ЧАСТИЧНАЯ САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА С ПОМОЩЬЮ СОДЕРЖИМОГО ИПП.
ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ (В ЗОНЕ ЗАРАЖЕНИЯ - РУЧНЫМИ СПОСОБАМИ, НЕ СНИМАЯ ПРОТИВОГАЗА).
ОГРАНИЧЕНИЕ НЕОПРАВДАННЫХ ДВИЖЕНИЙ, СОСРЕДОТОЧЕНИЕ ПОРАЖЕННЫХ ДЛЯ ЭВАКУАЦИИ НА ВОЗВЫШЕННЫХ, ХОРОШО ВЕНТИЛИРУЕМЫХ МЕСТАХ ВБЛИЗИ ДОРОГИ.
ПРОВЕДЕНИЕ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ПРИ ЕГО ОСТАНОВКЕ, С УЧЕТОМ КОНКРЕТНЫХ УСЛОВИЙ.

Оказание первой медицинской помощи надо проводить по возможности быстрее. При этом всегда следует помнить о необходимости пользования индивидуальными средствами защиты органов дыхания и кожи. В качестве индивидуальных средств защиты органов дыхания могут применяться фильтрующие или изолирующие противогазы.

10.9. НАДЕВАНИЕ ПРОТИВОГАЗА НА ПОРАЖЕННОГО.



Для надевания противогаза на пораженного, оказывающий помощь должен стать на колени у головы пораженного и положить ее удобно себе на колено, вынуть шлем-маску из сумки противогаза, взять ее обеими руками за утолщенные края нижней части так, чтобы большие пальцы были снаружи, а остальные внутри, нижнюю часть прислонить к подбородку и резким движение м обеих рук к себе и вверх натянуть на голову, чтобы не было складок, а стекла располагались против глаз.

10.10. ОТРАБОТКА НОРМАТИВА № 9 – НАДЕВАНИЕ ПРОТИВОГАЗА НА «ПОРАЖЕННОГО».

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: Обучаемый в противогазе лежит около «пораженного» со стороны его головы. Противогаз у «пораженного» в походном положении. По команде: «ПРОТИВОГАЗ НА «ПОРАЖЕННОГО» НАДЕТЬ!» обучаемый приступает к работе.

Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
НАДЕВАНИЕ ПРОТИВОГАЗА НА “ПОРАЖЕННОГО”	Предупредить попадание отравляющих веществ в организм человека через дыхательные пути	1. Положить голову «пораженного» на свое бедро. 2. Расстегнуть сумку противогаза. 3. Вытащить шлем-маску, взять ее таким образом что бы 2-4 пальца касались внутренней поверхности, в большие пальцы наружной поверхности шлем-маски и надеть противогаз с подбородка на голову.	Солдаты	0.11	0.12	0.13
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. Шлем-маска надета не полностью, очки не приходятся против глаз. 2. Соединительная трубка перекручена.				
	До «неудовлетворительно»	1. Допущено образование складок, при которых наружный воздух может проникнуть под шлем-маску.				

10.11. ОТРАБОТКА НОРМАТИВА № 10 – НАДЕВАНИЕ ПРОТИВОГАЗА СО ШЛЕМОМ ШР НА «ПОРАЖЕННОГО».

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: Обучаемый в противогазе лежит около «пораженного» со стороны его головы. Противогаз у «пораженного» в походном положении. Время, необходимое для привинчивания соединительной трубки лицевой части шлем-маски ШР к коробке противогаза «пораженного в норматив не входит. По команде: «ПРОТИВОГАЗ НА «ПОРАЖЕННОГО» НАДЕТЬ!» обучаемый приступает к работе.

Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
НАДЕВАНИЕ ПРОТИВОГАЗА СО ШЛЕМ-МАСКОЙ ШР НА “ПОРАЖЕННОГО”	Предупредить попадание отравляющих веществ в организм раненного человека в голову через дыхательные пути	1.Положить голову «пораженного» на свое бедро. 2.Расстегнуть сумку противогаза. 3.Вытащить шлем-маску ШР, взять ее таким образом что бы 2-4 пальца касались внутренней поверхности, в большие пальцы наружной поверхности шлем-маски и надеть противогаз с подбородка на голову и завязать тесемки.	Солдаты	1.25	1.40	1.55
Ошибки Снижающие оценку	На один балл	1.Очки не приходятся против глаз. 2.Соединительная трубка перекручена. 3.Резиновая лента недостаточно плотно охватывает или сильно сдавливает шею. 4.Недостаточно подтянута с помощью тесемок передняя часть шлема к лицу «пораженного».				
	До «неудовлетворительно»	1. Порвана шлем-маска.				

10.12. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СДЯВ.

При оказании первой медицинской помощи пораженным СДЯВ во всех случаях НЕОБХОДИМО СРОЧНО НАДЕТЬ НА ПОСТРАДАВШЕГО ПРОТИВОГАЗ И В ВОЗМОЖНО БОЛЕЕ КОРОТКИЕ СРОКИ ВЫНЕСТИ ЕГО ИЗ ЗОНЫ ЗАРАЖЕНИЯ. СЛИЗИСТЫЕ И КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ ПРОМЫТЬ ВОДОЙ. При остановке дыхания и сердечной деятельности немедленно приступить к искусственной вентиляции легких и непрямому массажу сердца.

10.13. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОВ НЕРВНО - ПАРАЛИТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ.

ПОПРАВИТЬ ПРОТИВОГАЗ; ЕСЛИ ПРОТИВОГАЗ НЕ НАДЕТ ОБРАБОТАТЬ СОДЕРЖИМЫМ ИПП (БЕРЕЧЬ ГЛАЗА), А ТАКЖЕ ПРОТЕРЕТЬ ТАМПОНОМ ВНУТРЕННЮЮ ЧАСТЬ ЛИЦЕВОЙ ЧАСТИ ПРОТИВОГАЗА И НАДЕТЬ ЕЕ.
НЕМЕДЛЕННО ВВЕСТИ АНТИДОТ С ПОМОЩЬЮ ШПРИЦ ТЮБИКА.

10.14. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОРАЖЕННИ ОВ КОЖНО-НАРЫВНОГО ДЕЙСТВИЯ.

ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОВ КОЖНО-НАРЫВНОГО ДЕЙСТВИЯ ОБРАБОТАТЬ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫЕ УЧАСТКИ КОЖИ СОДЕРЖИМЫМ ИПП.
ПОПРАВИТЬ ПРОТИВОГАЗ, ЕСЛИ НЕИСПРАВНЫЙ - ЗАМЕНИТЬ.

10.15. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОРАЖЕННИ ОБЩЕЯДОВИТЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ.

ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОБЩЕЯДОВИТЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ ТРЕБУЕТСЯ СРОЧНОЕ ИНГАЛЯЦИОННОЕ ВВЕДЕНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО АНТИДОТА. Для этого необходимо стеклянную ампулу (с синей марлевой оплеткой) взять за оплетку так, чтобы она была снизу, а дно ампулы сверху, и сжатием разрушить. Смоченную таким образом оплетку срочно поместить под шлем-маску (маску) противогаза пораженного ближе к носу и дать вдохнуть 4-8 раз.

10.16. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОВ УДУШАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ.

При поражении ОВ удушающего действия надо прекратить дальнейшее воздействие на пораженных этих веществ - своевременно надеть противогазы, ограничить пораженных в передвижении, обогреть всеми возможными средствами, в случае остановки дыхания провести искусственное дыхание в противогазе по способу Каллистова.

ВНИМАНИЕ! ПРИ НАЛИЧИИ ТОКСИЧЕСКОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ (ОДЫШКА, ВЫДЕЛЕНИЕ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО КОЛИЧЕСТВА СЛИЗИ, СИНЮШНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ) ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО.

11. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ОЧАГЕ РАДИАЦИОННОГО ЗАРАЖЕНИЯ.

11.1. РАДИОАКТИВНОЕ ЗАРАЖЕНИЕ МЕСТНОСТИ.

Источниками заражения являются выпавшие на поверхность земли или находящиеся во взвешенном состоянии в виде пыли или тумана радиоактивные вещества и продукты деления. Радиоактивное заражение местности характеризуется уровнями радиации и измеряется в рентгенах за 1 час (Р/ч). РАЗЛИЧАЮТ ТРИ ЗОНЫ ЗАРАЖЕНИЯ: УМЕРЕННОГО, СИЛЬНОГО И ОПАСНОГО. С течением времени уровень заражения местности снижается, уменьшается опасность поражения незащищенных людей.

11.2. ЛУЧЕВАЯ БОЛЕЗНЬ.

Лучевая болезнь может возникать у человека в результате воздействия проникающей радиации в момент ядерного взрыва, при нахождении его на зараженной территории и при попадании внутрь радиоактивных веществ.
В зависимости от величины полученной дозы принято различать 4 степени тяжести острой лучевой болезни.

11.3. СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ.

1 СТЕПЕНЬ - *ЛЕГКАЯ, ВОЗНИКАЕТ ПРИ ДОЗАХ ОБЛУЧЕНИЯ ОТ 100 ДО 200 Р.*
2 СТЕПЕНЬ - *СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, ДОЗЫ ОБЛУЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ 200-300 Р.*
3 СТЕПЕНЬ - *ТЯЖЕЛАЯ, ВОЗНИКАЕТ ПРИ ДОЗАХ ОТ 300 ДО 500 Р.*
4 СТЕПЕНЬ - *КРАЙНЕ ТЯЖЕЛАЯ, ВОЗНИКАЕТ ПРИ ДОЗАХ ОТ 500 Р И ВЫШЕ.*

ЛЕГКАЯ БОЛЕЗНЬ :симптомы первичной реакции выявляются спустя три часа после облучения в виде не резко выраженной тошноты, общей слабости, головной боли, иногда рвоты. Скрытый период поражения продолжается до 3-4 недель. Затем могут наблюдаться изменения в крови с возможными инфекционно-септическими осложнениями.
СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ: первичная реакция появляется значительно раньше. Появляется общая слабость, тошнота, повторяющаяся рвота, температура тела повышается до 37,2-37,5 С. К концу 2-х суток наступает скрытый период, а через 3 недели наступает разгар болезни. Период восстановления трудоспособности длится 3-6 месяцев.
ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ первичная реакция развивается еще быстрее. Появляются покраснения слизистых оболочек глаз, выраженная общая слабость, головокружение и головная боль, тошнота и многократная рвота; температура тела повышается до 38 С. Иногда может быть кратковременная потеря сознания. Через 2-3 суток самочувствие улучшается, однако общая слабость остается. Скрытый период продолжается 1-2 недели, после чего наступает разгар болезни и самочувствие больного ухудшается. Температура тела повышается до 39-40 С.. Период восстановления протекает медленно, волнообразно, характеризуется утомляемостью, раздражительностью, нарушением сна.
КРАЙНЕ ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ протекает с ярко выраженными признаками поражения всего организма, которые проявляются уже через 10-30 минут после облучения: многократная, неукротимая рвота, резкая слабость, мучительная головная боль, повышение температуры тела до 39 С.; отмечаются желудочно-кишечные расстройства. При действии радиоактивных веществ на открытые кожные покровы и слизистые оболочки глаз у человека могут возникать радиационные ожоги.

11.4. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ ОТ РАДИАЦИОННОГО ЗАРАЖЕНИЯ

Предупреждение возникновения острой лучевой болезни и радиационных ожогов кожи достигается использованием индивидуальных средств защиты органов дыхания и кожи, организацией режима правильного поведения людей на радиоактивно зараженной местности и своевременным оказанием медицинской помощи.
От попадания радиоактивных веществ в органы дыхания и пищеварения при нахождении на зараженной местности надежно защищает противогаз, а при его отсутствии надо использовать респиратор Р-2, противопылевую тканевую маску или ватно-марлевую повязку. Средством защиты кожных покровов может быть обычная одежда, наглухо застегнутая на все пуговицы и крючки. Глаза могут быть защищены с помощью очков-консервов.
После вывода пострадавших из опасной зоны организуется их помывка со сменой одежды и дозиметрический контроль. По возможности, всем дают выпить адсорбирующие средства - адсобар или активированный уголь. При невозможности организовать помывку пострадавших следует промыть слизистые и открытые кожные покровы водой, снять верхнюю одежду. Пострадавших с тяжелой и крайне тяжелой степенями поражения необходимо срочно направлять в лечебное учреждение.

12. ОСНОВЫ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ.

ГИГИЕНА - наука, изучающая влияние на здоровье человека внешней среды, т. е. воздуха, почвы, климата, а также бытовых и социальных условий.

12.1. ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА.

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА - КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, ВЫПОЛНЕНИЕ КОТОРЫХ ПОМОГАЕТ ЧЕЛОВЕКУ СОХРАНИТЬ СВОЕ ЗДОРОВЬЕ. Уход за кожей является одним из требований личной гигиены. Мыться следует не реже одного раза в неделю, а при работе в условиях воздействия радиоактивных, бактериальных и др. вредных веществ ежедневно по окончании работ. Руки мыть водой с мылом необходимо возможно чаще и обязательно после посещения уборной, выполнения каких-либо грязных работ и перед едой. К личной гигиене относится и уход за полостью рта, за одеждой, обувью, снаряжением, поддержание чистоты в жилище, режим питания, а также физическая культура.
Одежда должна обладать высокими теплозащитными свойствами, быть хорошо проницаемой для воздуха, впитывать незначительное количество влаги, равномерно и быстро ее испарять, иметь небольшой вес и не стеснять движений, мало загрязняться и легко чиститься. Обувь должна быть по размеру и не сжимать стопу, ее необходимо своевременно очищать от грязи и пыли, просушивать.
При катастрофах и стихийных бедствиях, сопровождающихся загрязнением почвы, воды, продуктов питания фекалиями, нечистотами, навозом существует реальная опасность заражения острыми желудочно-кишечными заболеваниями. Для предупреждения таких заболеваний необходимо соблюдать правила питания, водоснабжения и размещения

в полевых условиях. Необходимо создать условия для хранения продуктов питания, исключающие их загрязнение и заражение, а также порчу.
Потребность человека в питьевой воде составляет 2-2, 5 л. в сутки. В условиях жаркого климата, а также при тяжелой физической работе 5-6 л. в сутки, а в условиях пустыни до 11 л. Безопасность воды, безвредность ее химического состава обеспечиваются государственным стандартом качества питьевой воды и постоянным контролем за качеством воды специальными лабораториями. Для питья необходимо использовать воду только проверенную такими лабораториями, или обеззараженную воду. ВОДУ ОБЕЗЗАРАЖИВАЮТ КИПЯЧЕНИЕМ ИЛИ С ПОМОЩЬЮ ХИМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, НАПРИМЕР ПАНТОЦИДА. Используется одна таблетка пантоцида на один литр воды.

12.2. ОСНОВЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ.

Инфекционные болезни возникают в результате проникновения в организм человека некоторых болезнетворных микробов и вирусов, многие из которых повсюду окружают нас и находятся в воздухе, почве, воде, в полости рта, носа, глотки, в дыхательных путях, на коже. Большинство инфекционных болезней сопровождаются подъемом температуры, нередко головной болью, ознобом, разбитостью. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ИХ СПОСОБНОСТЬ ПЕРЕДАВАТЬСЯ ОТ БОЛЬНОГО ЗДОРОВЫМ ЛЮДЯМ.
Массовое распространение инфекционных заболеваний на обширной территории называется эпидемией. Инфекционное заболевание никогда не начинается сразу же после заражения. Определенный срок, различный для разных болезней, необходим для приспособления микробов к новым условиям существования и для их размножения. Этот срок называется инкубационным (скрытым) периодом. Особенностью инфекционных болезней является также приобретение невосприимчивости к повторному заболеванию после перенесенной болезни.
Для возникновения и распространения инфекционных болезней - эпидемического процесса - необходимо наличие определенных условий или трех звеньев эпидемической цепи: ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИИ, ПУТЕЙ ПЕРЕДАЧИ, ВОСПРИИМЧИВЫХ К БОЛЕЗНИ ЛЮДЕЙ.

ИСТОЧНИКАМИ ЗАРАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ больные люди и животные. Пути передачи разнообразны: при инфекционных болезнях, сопровождающихся поражением миндалин, дыхательных путей и легких, возбудители содержатся в слюне, слизи из носа, мокроте и, выделяясь с мельчайшими капельками при дыхании, кашле, чиханье и даже разговоре, заражают окружающий больного воздух. Заражение при этих заболеваниях происходит через воздух и называется воздушно-капельным.
При заболеваниях, протекающих с поражением пищеварительного тракта, выделение микробов происходит с испражнениями и мочой. Путь передачи этих заболеваний - пищевой и водный. Нередко микробы переносятся на продукты и готовую пищу мухами или грязными руками. Такие заболевания, как чума, сыпной тиф, малярия, клещевой энцефалит и др. могут передаваться здоровым людям с помощью кровососущих паразитов - блох, вшей, комаров, москитов, клещей.
Есть болезни, которые передаются при прямом контакте с больными людьми. Так передаются венерические болезни.
ТРЕТЬИМ ЗВЕНОМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ ЧЕЛОВЕК, ВОСПРИИМЧИВЫЙ К ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ. Степень восприимчивости зависит от наличия и напряженности у людей естественного или искусственного иммунитета.

12.3. ХОЛЕРА.

Относится к особо опасным инфекционным заболеваниям. Возбудитель - холерный вибрион. Источником болезни является больной человек или вибрионоситель. Инфекция передается через воду, пищу и предметы, загрязненные выделениями больного. Инкубационный период заболевания чаще 2-3 дня. Заболевание начинается внезапно, сопровождается рвотой и поносом. Быстро наступает обезвоживание организма больного, судороги, кожа синюшная, дряблая, голос пропадает температура тела понижается до 35-34 С., пульс пропадает, возникает одышка. При несвоевременном лечении больной может погибнуть.

12.4. ОСПА НАТУРАЛЬНАЯ.

Особо опасное заболевание, вызываемое фильтрующимся вирусом. Источник инфекции - больной человек. Заражение происходит воздушно-капельным путем, инкубационный период 10-15 дней. Заболевание начинается внезапно: быстро поднимается температура до 40 С., возникает озноб, головная боль, боли в крестце, иногда рвота. С 3-4 дня болезни появляется оспенная сыпь на лице, голове, а затем на всем теле. Сыпь превращается в множество гнойничков, оставляющих после себя рубцы.

12.5. ЧУМА.

Особо опасное инфекционное заболевание, вызываемое чумной палочкой. Источником заражения являются крысы, суслики, верблюды, а переносчиками возбудителя - блохи. Инкубационный период - 2-3 дня. Заболевание встречается в виде бубонной, легочной и кишечной формы. Передача инфекции через зараженных блох: при укусе возбудитель попадает в кровь человека. Заболевание начинается внезапно: появляется озноб, сильная головная боль, головокружение, высокая температура, при бубонной форме боль в паху или под мышками; при легочной форме больных беспокоит сильная одышка, режущие боли в груди, кашель с выделением кровянистой мокроты; нитевидный пульс. Легочная форма наиболее опасна для жизни больного и для окружающих. При употреблении мяса больных животных возникает

кишечная форма чумы. Больной и лица, соприкасавшиеся с ним, подлежат немедленной строгой изоляции. В очаге устанавливают карантин. Широко проводят дезинфекцию, дезинсекцию и дератизацию. Важное значение имеют прививки.

12.6. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ - ОБЕЗВРЕЖИВАНИЕ ЕГО.
РАЗРЫВ ПУТЕЙ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ.
ПОВЫШЕНИЕ НЕВОСПРИИМЧИВОСТИ ЛЮДЕЙ К ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ.

Важнейшее значение имеют своевременное выявление инфекционных больных, ранняя их изоляция и госпитализация. Для разрыва путей передачи инфекции должны неукоснительно соблюдаться правил личной и общественной гигиены и проводиться общие мероприятия с целью уничтожения во внешней среде возбудителей инфекционных заболеваний. ДЕЗИНФЕКЦИЮ проводят с целью уничтожения во внешней среде возбудителей инфекционных заболеваний. Она бывает профилактическая, текущая и заключительная. ДЕЗИНСЕКЦИЯ - уничтожение насекомых. ДЕРАТИЗАЦИЯ - уничтожение грызунов.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ применяется для предупреждения возникновения или распространения инфекционных заболеваний через места общественного пользования (столовые, бани, прачечные, места общего пользования и др.) путем их систематического обеззараживания.

ТЕКУЩАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ осуществляется в лечебных учреждениях и на дому для обеззараживания выделений инфекционных больных, а также зараженных ими окружающих предметов.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ проводится после госпитализации, выздоровления или смерти инфекционного больного.

МЕТОДЫ ДЕЗИНФЕКЦИИ ДЕЛЯТСЯ НА ФИЗИЧЕСКИЕ, МЕХАНИЧЕСКИЕ И ХИМИЧЕСКИЕ.

Из ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ обеззараживания наибольшее применение имеют огонь, горячий воздух, кипящая вода, водяной насыщенный пар, ультрафиолетовые лучи. ХИМИЧЕСКИЕ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ ВЕЩЕСТВА применяются в виде растворов и взвесей, а также в парообразном и газообразном состоянии. Наиболее часто используется хлорная известь, хлорамин, лизол.

ДЕЗИНСЕКЦИЯ использует механические, физические, химические и биологические методы. Истребление насекомых проводится с помощью различных ловушек, липкой бумаги, путем проглаживания одежды и белья горячим утюгом, обработки горячим воздухом и паром в дезинфекционных камерах. Наиболее широко применяются химические вещества: гексахлоран, карбофос, хлорофос в виде растворов, эмульсий и аэрозолей, а также растительные инсектициды (пиретроиды - циперметрин, виртан) и бактериальные препараты (битоксибациллин, лепидоцид).

ДЕРАТИЗАЦИЯ. Для борьбы с грызунами, источниками заразных болезней, применяются яды, используются различные орудия и способы отлова и уничтожения грызунов, а также заражение грызунов болезнетворными для них и безопасными для человека и домашних животных бактериями.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, связанные с повышением невосприимчивости людей к инфекционным заболеваниям, достигаются с помощью так называемого искусственного иммунитета, который создается путем введения (прививки) в организм здоровых людей вакцин и анатоксинов.

12.7. КАРАНТИН

Карантин - это комплекс санитарно-гигиенических, противоэпидемических, лечебных и административно-хозяйственных мероприятий, направленных на предупреждение дальнейшего распространения заболеваний как внутри очага, так и за его пределами. Карантин обычно устанавливается при возникновении таких особо опасных инфекционных заболеваний, как чума, оспа, холера. При введении карантина достигается полная изоляция очага инфекционных заболеваний. Для этого организуется вооруженная охрана очага, прекращаются въезд и выезд людей, запрещается вывоз какого либо имущества без предварительной дезинфекции его, временно прекращается работа школ, клубов, кинотеатров и мелких предприятий бытового обслуживания, на основных дорогах, ведущих в очаг заражения, развертывают контрольно-пропускные пункты, обеспечивающие пропускной режим в зону карантина.